

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

**“AUTO PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES
DE LA ZONA RURAL (HOSPITAL PEDRO VICENTE MALDONADO) Y URBANA
(UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA LA ECUATORIANA)
PERTENECIENTES A LA PROVINCIA DE PICHINCHA Y SU RELACIÓN CON LA
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

Dra. Lida María Ordóñez Abrigo

Director: Dr. Edgar León

Tutor Metodológico: Dr. José Sola

Quito 2011

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN.

Yo, Ordoñez Abrigo Lida María, C.I. 1103507933, autora del trabajo de graduación: **“AUTO PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA ZONA RURAL (HOSPITAL PEDRO VICENTE MALDONADO) Y URBANA (UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA LA ECUATORIANA) PERTENECIENTES A LA PROVINCIA DE PICHINCHA Y SU RELACIÓN CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR”**, previa a la obtención del título profesional de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR** en la facultad de **MEDICINA**:

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 17 de Junio del 2011



Dra. Lida María Ordoñez A.
C.I. 1103507933

DEDICATORIA

El vigente trabajo está dedicado a:

A Dios por bendecir mi familia y guiar mi camino.

A mi esposo quien me brinda su amor, comprensión, paciencia, su apoyo constante, son evidencias de su gran amor. ¡Gracias!.

A mi princesita, es mi razón de ser, quien me prestó el tiempo que le pertenecía y me motivó siempre con sus “Te Quiero Mamita”. Gracias Yamilita.

A mis padres, hermanos por su amor, apoyo y comprensión.

AGRADECIMIENTOS

A todos los Adultos Mayores que han participado amablemente en esta investigación. Sin ellos no estaría escribiendo ahora estas líneas.

A las instituciones que directa o indirectamente contribuyeron al fortalecimiento del postgrado.

A la Unidad de Atención Ambulatoria la Ecuatoriana y al Hospital Pedro Vicente Maldonado que han hecho posible la realización de este Trabajo de investigación.

Al Director de Tesis y Tutor Metodológico por asumir esta ardua y, a veces, difícil tarea.

Tabla de contenido

Capítulo I.	9
7. Introducción	9
Capítulo II.	12
8. Revisión Bibliográfica	12
Capítulo III:	31
Capítulo IV	43
13. Resultados	43
13.2 Variables relacionadas con la Disfuncionalidad Familiar	46
4. Disfuncionalidad Familiar vs instrucción	50
13.3 Variables relacionadas con la Calidad de Vida	51
Capítulo V	58
14 Discusión	58
Capítulo VI	68
15 Conclusiones	68
Capítulo VII	72
16 Recomendaciones	72
18. ANEXOS	81
Anexo 1: RESULTADOS	81
Anexo 2: ENCUESTA GENERAL	85
Anexo 3: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR SF-36	86
Anexo 4: CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FF-SIL	90
Anexo 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO	91
BIBLIOGRAFÍA	93

LISTA DE ILUSTRACIONES, GRÁFICOS Y TABLAS

TABLA DE CONTIGENCIA DE CRUZE DE VRIABLES DICOTOMIZADAS..	48
Tabla1: Resultados de los datos demográficos con frecuencias y porcentajes	70
Tabla2. Distribución de Promedios y Desviación Estándar	73
Variables demográficas	36
Variables relacionadas con la Calidad de Vida.....	43
Variables relacionadas con la Disfuncionalidad Familiar.....	40

5. RESUMEN

Objetivo: Determinar si la disfuncionalidad familiar está asociado a la percepción de la calidad de vida en el adulto mayor.

Tipo de estudio: Descriptivo, prospectivo, corte transversal, correlacionado y aplicado

Muestra: Participaron 124 personas adultas mayores, se subdividieron en dos grupos 68 pertenecen al área urbana y 56 al área rural. Investigación realizada en la “Unidad de Atención Ambulatoria la Ecuatoriana” (Quito) y el Hospital “Pedro Vicente Maldonado”, con una edad promedio de 69 años, se aplicó el cuestionario SF -36 y el FF-SIL para valorar la calidad de vida y la disfuncionalidad familiar respectivamente. Para el manejo estadístico se dicotomizó variables, considerando la $OR > 4$ y la $P < 0.005$ significativo.

Resultados: Prevalece la funcionalidad familiar moderada en un 94% y solo el 6% con disfuncionalidad moderada en zona rural, con un $OR = 11.9$ y una $P < 0.005$ y está relacionada con la calidad de vida $OR = 21.2$ y $P < 0.005$. La autovaloración de calidad de vida de los adultos mayores fue mala, y el 56% en estado de salud física y en el mental representa un 52 %.

Conclusiones: Los adultos mayores se auto valoraron con buena calidad de vida en el área urbana y mientras que en zona rural con mala calidad, además la disfuncionalidad de las familias del adulto mayor presenta asociación con una percepción negativa de la calidad de vida mayor.

Palabras claves: Auto percepción, calidad de vida, adulto mayor, función familiar

6.-SUMMARY

Objective: To determine whether family dysfunction is associated with the perception that quality of life in the elderly.

Design: descriptive, prospective, cross-section, correlated and applied

Sample: Participants were 124 older adults were divided into two groups belonging to 68 urban and 56 belong to rural areas. Research done in the "Ambulatory Care Unit of Ecuador (Quito) and the Hospital Pedro Vicente Maldonado." (PVM), with an average age of 69, was applied SF -36 and the FF-SIL to assess the quality of life and family dysfunction, respectively. For the statistical handling was dichotomized variables, whereas the $OR > 4$ and $P < 0.005$ significant.

Results: prevailing family functioning in 94% moderate and only 6% with moderate dysfunction in rural areas, with $OR\ 11.9$ and a $P < 0.005$ and this is related to the quality of life $OR\ 21.2$, $P < 0.005$. Assess quality of life of older adults was or bad at, and 56% in physical health and mental accounts for 52%.

Conclusions: older adults with good self-rated quality of life in urban and rural area while in poor quality, also the dysfunctional families of the elderly has a negative association with quality of life higher.

Keywords: Self perception, quality of life, elderly, family function

Capítulo I.

7. INTRODUCCIÓN

La población anciana ha crecido en los últimos años y se prevé un crecimiento mayor, según la OMS, en el año 2000 se registró 600 millones de personas mayores de 60 años a nivel mundial, lo que representa el 10% de la población total del planeta y en el 2025 llegará esta cifra a duplicarse. Igualmente en América Latina y el Caribe representan el 5,6 % de la población total y se estima que en el 2020 pasara a un 8,7%.(E. A. Mundial, 2001)¹

El Ecuador no puede estar ajeno a esta realidad, actualmente los adultos mayores representan un total de 14.204.900 y en el 2015 alcanzaran al 12.6% y en la Provincia de Pichincha en el 2010 se reporto 128.000 adultos mayores y su proyección para el 2020 es de 186.000² a nivel urbano con mayor expectativa a nivel rural, donde existe un sobre envejecimiento, muchos de ellos son frágiles y dependiente, se relaciona a una realidad de escasos servicios y ausencia de intervenciones

Probablemente este crecimiento a nivel global es debido a los avances de la ciencia y la medicina, la higiene la nutrición, y estilos de vida favorables. Sin embargo la longevidad tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se debe asegurar que el alto

¹ CEPAL: Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Sandra Huenchuan. Abr-2010. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/36004/LCG2389-P.pdf> .

² Encuesta de Bienestar y vejez SABE. Dr. Wilma B. Freire, MS, PhD. Investigadora Principal Ecuador, 2009-2010

costo necesario para llegar a ser viejo se vea compensada con una vida con calidad, que no se limite solo a la morbilidad y la mortalidad, sino también ser considera como el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, en razón a que el avance social está orientado hacia esa dirección, buscando así un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil, productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida, a determinar las condiciones de vida , sus expectativas , la protección familiar y social. (E. A. Mundial, 2001)

Es por esto que la familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar.

Abordar la problemática del envejecimiento en forma integral como proceso, demanda conocer que es un entidad holística que tiene relación con el entorno (rural, urbano) así también el rol del anciano dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos, las formas de la solidaridad inter generacional son elementos fundamentales para el análisis de la calidad de vida en el adulto mayor

Es por ello que el objetivo de la investigación fue evidenciar si el área de residencia (urbana o rural) y la funcionalidad familiar son factores determinantes para la auto percepción de la calidad de vida lo cual permitirá realizar acciones preventivas realistas y acordes con sus expectativas.

Capítulo II.

8. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

8.1 CALIDAD DE VIDA

El término “calidad de vida” empezó a utilizarse a principios de la década de 1960, como una reacción a los criterios economicistas y de cantidad que rigen en los llamados “informes sociales” o estudios de calidad de vida. Desde una perspectiva semántica, Fernández Ballesteros (1998) indicó que el concepto de calidad se refiere a ciertos atributos o características de un objeto particular, mientras que el de calidad de vida es más amplio y envuelve a los seres humanos, donde aparece el primer y fundamental problema de conceptualización.(Fernández-Ballesteros, 2010)

Analizar la calidad de vida de una sociedad significa que la integran y que tienen de su existencia en una determinada sociedad, lo que implica conocer cómo viven y qué expectativas de transformación de estas condiciones desean, además de evaluar el grado de satisfacción que consiguen. (Concepts & Quality-of-life, 1996)

8.1.1 Análisis del concepto calidad de vida

Este tema es amplio, tanto en el concepto como en la trascendencia que puede representar, pues durante los últimos años se han tratado de realizar cambios significativos en la salud de la población, cuyo objetivo es mejorar, precisamente, la calidad de vida por lo que es importante definir este término según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994 propuso una definición de consenso : “Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (Hist et al., 2009)

La calidad de vida es un concepto que utiliza parámetros subjetivos para constituirse; por tanto, es influenciable y hace necesario considerar aspectos contextuales inherentes a la salud, que lleve a cabo una valoración en el contexto de la salud médica y asistencial, en conjunto con el ámbito económico y político. En ocasiones, el concepto de calidad de vida se confunde con el de nivel de vida y se reduce a los indicadores, porcentajes y estadísticas de cómo vive la gente y la satisfacción de sus necesidades básicas. Se mide en términos físicos: vivienda, servicios públicos, área construida, etc. Se observa a través de los estudios de pobreza con los conceptos de desnutrición, infra consumo, bajos niveles educativos, inserción inestable en la producción, condiciones sanitarias y habitacionales precarias.(Acreditación, 2010)

8.1.2 Calidad de vida y envejecimiento

Rocío Fernández Ballesteros, psicóloga especializada en envejecimiento y vejez, plantea en diferentes investigaciones de calidad de vida la tendencia actual para alcanzar un mayor estado de bienestar a través de todos los planes y programas de servicios sociales dirigidos a personas mayores. Recalca que el concepto de calidad de vida en estas personas mantiene aspectos comunes con otros grupos poblacionales, además de factores importantes que inciden en los ancianos, como el valor de la autonomía. Rechaza la igualdad que algunos autores han querido dar a la calidad de vida con el estado de salud del individuo y sustenta la multidimensionalidad de esta percepción, incluyendo ciertos factores personales como: salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividad de ocio y satisfacción; factores socio ambientales, apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente y aspectos culturales.(Fernández-ballesteros, n d)

La satisfacción de las necesidades de la especie humana condiciona la llamada calidad de vida y ésta, a su vez, es el fundamento concreto del bienestar social.

La longevidad ha sido para toda la humanidad un ideal expresado de diversas maneras y desde tiempos inmemorables; sin embargo, no sólo es sinónimo de vivir muchos años, sino en las mejores condiciones. La meta es la longevidad relacionada con creciente calidad de vida. Estas

condiciones pueden alcanzarse a través de influir en el ámbito sociocultural, es decir, en la condición y estilo de vida, así como mayores conocimientos de los factores biológicos y avances científicos que aumenten la esperanza de vida y mantengan las capacidades funcionales del ser humano. (González, n d)

8.1.3 Determinantes de la calidad de vida en el Adulto Mayor

Diversos autores ³, ⁴ investigaron sobre los factores que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad; encontrándose, como variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica (Vida et al., 2002)

A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes, entre ellos el soporte social, como un elemento que favorece, independiente de la fuente de donde provenga. Se ha sugerido que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia; aunque los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, aunque no del todo determinantes (Mayores,

³ Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia Martha Vera Perú 2004-2006

⁴ Netuveli, G., Wiggins, R.D., Hildon, Z., Montgomery, S.M. y Blane, D. (2006). Quality of life at older ages: Evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 357-363.

2004) . Además aspectos relacionados con la salud; cualquier enfermedad en general y en mayor medida los problemas de salud mental: desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos influyen (Azpiazu Garrido et al., 2003)

8.1.4 Calidad de vida relacionada con la salud

El tratamiento de las enfermedades crónicas, en la mayoría de los países especialmente en la población adulta mayor tienen como objetivos : atenuar , aliviar síntomas o evitar complicaciones y mejorar el bienestar de las personas, esto lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de vida de esta población. /En este contexto, la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones (Quality & Information, n d) .El estudio de la calidad de vida aplicada a la tercera edad, debe incluir aspectos como el estado de salud, el rol, el estado funcional y la determinación de factores de riesgo.

Es por esto que el concepto de calidad de vida relacionada con la salud incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable, y

aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud (Quality-of-life, 1996)

A partir de esta información, es posible planificar programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios sociales y de salud, por lo que es evidente que su utilidad rebasa el estrecho margen de procesos patológicos y estadísticas de resultado (Azpiazu Garrido et al., 2003)

8.2 EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es parte integrante y natural de la vida. La forma en que envejecemos y vivimos este proceso, nuestra salud y capacidad funcional dependen no sólo de la estructura genética, sino también de lo que se ha hecho durante la vida; del tipo de cosas con las que se ha encontrado a lo largo de ella; y de cómo y dónde se ha vivido la vida. La duración de la vida se define como la capacidad de supervivencia máxima de una especie en particular.(Moral, 1999)

La esperanza de vida es, a su vez, la media de años que se vive en la práctica, desde el nacimiento o alguna edad en concreto.

Considerado como un hecho que se estudia en forma multidisciplinaria. Desde el punto de vista biológico significa, simplemente, deterioro; no obstante, en la actualidad la mayoría de los especialistas consideran que envejecimiento es lo mismo que desarrollo, es decir, un cambio del comportamiento relacionado con

la edad cronológica, sin que ello implique crecimiento ni deterioro.(Almanza, Jiménez, Manso, & Baly, n d)

El conocimiento de los fenómenos de envejecimiento permite un mejor entendimiento de la calidad de vida y, con ello, cambiar la forma de apreciarla, pues el comportamiento de los ancianos es diferente, según la sociedad a la que pertenezcan. Los individuos deben enfrentar intencionalmente su proceso de envejecimiento. Envejecer, bien o mal, depende de los grandes márgenes fijados por el contexto social de los mismos individuos que envejecen.(Mroczek & Kolarz, 1998).

8.2.1 Modelos del Envejecimiento

La extrema complejidad del proceso de envejecimiento y las patologías asociadas al mismo caracterizan a una época inactiva y de desgaste físico e intelectual lo que se podría explicarse a través de modelos investigados . Las áreas de gerontología y psicología han analizado el proceso del envejecimiento con una percepción que aporta nuevos elementos y complementa el conocimiento de dicho proceso:

1. Modelo deficitario: Propone que lo que caracteriza al envejecimiento son las pérdidas. Dicho de otro modo, lo que diferencia a un viejo de un adulto joven es el haber perdido algunas capacidades que el adulto joven conserva.

El problema y las críticas le vienen de que, si bien es cierto que la conducta

depende de los órganos, el principio básico de la biología funcionalista es que los órganos evolucionan de modo distinto, en función de que se usen o no. Se sabe que a cualquier edad el cerebro muestra gran plasticidad, es decir, una capacidad de recuperación. Esto significa que en la vejez no sólo hay pérdidas, sino también ganancias.

2. Modelo contextual: La eficacia de la conducta depende de las oportunidades y exigencias que la sociedad proporciona a los sujetos de ejercitar determinadas conductas. Es decir, la práctica adecuada es el principal determinante de la conducta; anteriormente, la función de los viejos era transmitir sus conocimientos y experiencias (ser los depositarios de la cultura).

3. Modelo evolucionista: Parte del supuesto de que los viejos existen porque cumplen o han cumplido alguna función que ha contribuido con la supervivencia de la especie. El problema es ¿cuál es el rasgo útil? Todo parece indicar que la función de los viejos es transmitir lo aprendido y sus experiencias. (Org et al., 2002)

Esta función de transmisores de tradición ha desaparecido, porque la profesión de enseñar es por especialistas. Lo más importante es mencionar que ninguno de estos modelos deja bien situados a los viejos.

El cambio más frecuente en el cerebro a medida que envejece es que se produce un “encogimiento progresivo” (se concreta en pérdida de peso), que en condiciones anormales raramente supone 5% de su tamaño. Este encogimiento se debe a la pérdida de neuronas, la cual es variable en distintas etapas de la vida. A los 30 años se estabiliza (se pierden 10,000 neuronas cada 24 h) y a los 70, el número de neuronas que sobrevive representa casi 30%.⁵

La muerte gradual de neuronas es el resultado de un proceso adaptativo. Se eliminan neuronas que no cumplían ninguna función. El cerebro va envejeciendo y necesitando menos neurotransmisores para llevar a cabo estas funciones; cabe esperar una disminución o inhibición generalizada de toda la actividad cerebral y, en consecuencia, una reducción en la rapidez y eficacia de todas las facultades mentales, incluida la actividad social.(Cambios, n d)

Cada individuo envejece a ritmo y tonalidad diferentes; más aún, los órganos y sistemas del cuerpo envejecen de manera distinta. De aquí que puedan encontrarse personas envejecidas, físicamente, a los 40 o 50 años de edad y otras conservadas a los 80 y 90 años de edad. Por tanto, este proceso y sus consecuencias deben valorarse de modo individual. El envejecimiento está determinado por dos grandes vertientes; por un lado se encuentra la longevidad fijada por la programación genética de cada individuo y, por el otro, la

⁵ Teorías biológicas. Aspectos conceptuales y metodológicos. Quetelet. Birren. Psicología. Conducta. Genética. Neurotransmisores. Depresión 2000

expectativa de vida, que se refiere a la posibilidad de años que pueden vivirse a partir del nacimiento, lo cual está relacionado con diversos factores externos, pero íntimamente asociado con el micro y macro ambiente de cada individuo. Respecto al proceso de envejecimiento, la esperanza o expectativa de vida representan las únicas posibilidades de intervención para lograr un envejecimiento exitoso. Específicamente, en el rubro del microambiente es donde más puede hacerse: se refiere, en gran parte, al estilo de vida de cada persona, es decir, el patrón de conducta de vida diaria, el cual está condicionado por múltiples factores que inducen a comportarse de cierta manera y tiene gran influencia en la salud.(J. M. Marín, 2003)

8.2.2 Adultos mayores y cambios del envejecimiento

Los factores que perjudican con más frecuencia a los Adultos Mayores que a los adultos jóvenes en ciertos tipos de tareas son: la complejidad de la tarea, la falta de práctica, la ansiedad y la mala condición física.

Con base en esto, la jubilación no es un proceso que se imponga en relación con la edad, sino con la capacidad del sujeto, pues se ha encontrado cierto nivel de incapacidad o discapacidad motriz a cualquier edad, y se incrementa, levemente, entre los 55 y 75 años. La importancia de la funcionalidad fue ratificada por la Comisión Estadounidense en Enfermedades Crónicas y por la OMS. El estado funcional se define como la capacidad de una persona para realizar las actividades necesarias para lograr

el bienestar. A menudo se conceptualiza como la integración de tres campos de la funcionalidad: biológico, psicológico y social. En las personas mayores, las respuestas adaptativas a situaciones de estrés adquieren cada vez mayor importancia en cada campo. Aunque los procesos de desarrollo y envejecimiento pueden dar lugar a grandes diferencias, las mediciones de salud física pretenden determinar los niveles totales de salud y estado físico.(Ryals & Lancaster, n d).

Los indicadores de salud física suelen incluir los diagnósticos y afecciones coexistentes, síntomas, discapacidades, tipos de fármacos que se consumen, gravedad de la enfermedad y cuantificación de los servicios médicos utilizados (por ejemplo, el número de días de hospitalización al año, o la cantidad de días al año en los que no pudo realizar las actividades normales de la vida diaria). La valoración que realiza la persona de su salud y discapacidad puede incluirse, también, en dichas mediciones.(Ryals & Lancaster, n d)

La competencia funcional se ha definido como el grado de facilidad con el que una persona piensa, siente, actúa o se comporta, congruentemente con su entorno y gasto de energía. Se ha relacionado con el nivel al que mantiene a sí misma, la calidad con la que desempeña funciones que le corresponden en la sociedad, el estado intelectual y emocional, la actividad social y la actitud respecto del mundo y de uno mismo.(J. M. Marín, 2003)

La salud y capacidad funcional son aspectos importantes para la calidad de vida social de las personas: el nivel de capacidad funcional determina la medida en que pueden manejarse con autonomía dentro de la comunidad, participar en distintas actividades, visitar a otras personas, utilizar los servicios y facilidades que les ofrecen las organizaciones y la sociedad y, en general, enriquecer sus propias vidas y las de personas próximas a ellos. La educación, a su vez, está relacionada estrechamente con los ingresos, el estilo de vida, el trabajo, las condiciones del trabajo y vida, y con las oportunidades en general. Un determinante principal de las oportunidades de vida es su situación económica.

Cuando se habla de las personas de la tercera edad, o ancianas en términos generales, muchas veces no se considera que se está hablando del periodo más largo de la vida y durante el cual no es posible identificarlos como si fueran todos iguales, sino que el periodo abarca una diversificación de edades y situaciones donde existen diferentes capacidades de aportación y posibilidades, incluso de incorporación de las personas mayores.(Felce & Perry, 1995)

8.2.3 Psicología del envejecimiento

Vistos a grandes trazos algunos de los rasgos de la sociedad actual, es posible referirse a ciertos aspectos psicológicos del adulto mayor, los cuales se relacionan con la manera que, enfrentado a la realidad de su

envejecimiento, tiende a percibir de sí mismo. La manera de percibirse es lo que permite hacer la propia evaluación, esto último es el proceso conocido como “autoestima. Que la autoestima sea positiva o negativa, en alza o en baja, no es indiferente. De la autoestima depende la manera en que cada individuo tiende a enfrentar la vida, valorarse a sí mismo y a los demás; de ella depende, en gran medida, la manera en que cada uno se enfrenta a los conflictos y dificultades de la vida.(Fernández-ballesteros, n d)

Enfrentado a la realidad del envejecimiento, en medio de una sociedad altamente diversificada, es probable que viva la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía, como cierto grado de marginación social. Es fácil que se sienta como alguien que ya no cuenta mucho para los demás, porque percibe que los demás no cuentan con él. A nivel familiar, que es el lugar donde aún podría sentirse tomado en cuenta, la nueva realidad de la familia nuclear permite que el abuelo vaya poco a poco sintiendo o percibiendo que tampoco en ese ámbito su presencia sea tan necesaria. No es raro, por tanto, que algunos ancianos sufran la experiencia de vivir su autoestima en serio menoscabo.(Fernández-ballesteros, n d)

En la familia, el trabajo da la capacidad económica y si el trabajador está satisfecho, retroalimentará de manera positiva la dinámica familiar. En lo personal, el trabajo hace sentir útil y necesaria a la persona, dando una imagen que alimenta la autoestima; sin embargo, todo esto se pierde con la

jubilación, sobre todo si no hay un periodo de transición. Significa una gran pérdida. Al principio, los trámites que siguen a la jubilación suelen disfrazar la gravedad del paso a dar, luego se inicia una etapa de “luna de miel” donde se disfruta el descanso y la persona se entretiene con lo que “no había podido hacer antes”. Pero pronto se enfrenta al duelo de una gran pérdida, donde se percibe la reducción de la capacidad económica, la falta de una rutina y motivación diaria, el enfrentamiento al tiempo libre sin saber con qué llenarlo o emplearlo, sobre todo productivamente, (P. D. E. L. Envejecimiento, 2007) disminución de la autoestima como consecuencia de la valoración social, proveniente en gran medida del rol profesional y el exceso de pasividad; como consecuencia de la desorientación temporal, el sujeto no es capaz de ordenar su vida.

El anciano se encuentra sin las motivaciones o refuerzos sociales que le permiten un trabajo de adaptación. Al carecer de dichas herramientas es difícil adquirir hábitos nuevos y, por tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias. Así, puede aparecer como una persona “rígida, chapada a la antigua”, aferrada a su experiencia tan importante para él o ella, y siente que la sociedad no la valora en la forma que considera sería lo justo. La agresividad y la fácil irritabilidad (verbal o gestual) que muestran algunas personas mayores pueden relacionarse con el sentimiento de difícil adaptación, que se ve agravado por la pérdida de autonomía económica sufrida por muchos ancianos.

Atribuir los síntomas psiquiátricos al proceso de envejecimiento o, bien, condicionarlos a la multipatología de la vejez, genera inmovilidad y en ocasiones falta de interés, al no reconocer que la agudización de las enfermedades crónicas coexistentes puede agravarlos; por tanto, es importante su reconocimiento. El tratamiento deberá orientarse a restablecer la salud, mejorar la calidad de vida, disminuir la incapacidad, preservar la autonomía y dar soporte social, todos igualmente válidos.(Cambios, n d)

8.3 LA FAMILIA Y EL ADULTO MAYOR

El contexto social en el que vive el anciano resulta fundamental para su estado de salud y bienestar, por lo que es indispensable considerarlo un factor importante en la evaluación médica. Se considera que la mayor parte de la población anciana vive dentro de una familia y ésta es su principal fuente de apoyo psicosocial. Los conocimientos de la estructura y la dinámica del núcleo familiar son herramientas útiles para comprender mejor las necesidades del anciano y el proceso de su enfermedad, los factores que favorecerán o disminuirán la aparición de síntomas o malestares, así como las repercusiones en cada miembro de su familia. El grado de dependencias físicas, mentales o ambas será determinante en el funcionamiento familiar, debido a las nuevas obligaciones que algunas veces de manera permanente deben confrontar las personas que rodean al anciano.(Buil & Espino, 1999)

La familia es la institución social basada en la sexualidad y en las tendencias maternas y paternas, cuya forma varía según las culturas (monogámica, poligámica, poliándrica, etc.). Como todo sistema, tiene la capacidad de adaptarse de manera adecuada, lo que se traduce en crecimiento armónico y en la posibilidad de desarrollarse y alcanzar la madurez de cada uno de sus miembros. Este concepto se refiere a una familia funcional. Cuando la familia se adapta de manera inadecuada, la interacción entre sus miembros se afecta. Al igual que el individuo, la familia pasa por diferentes etapas que conforman el ciclo vital, según el autor que lo aborde. Cada etapa representa nuevos retos y funciones a los que la familia debe adaptarse de manera funcional. El proceso en cada cambio de etapa requiere una serie de crisis para su ajuste. El entender el ciclo vital familiar permite comprender mejor su dinámica y los ajustes paulatinos a los que debe enfrentarse la familia que envejece. Algunos cambios que sobrevienen frecuentemente y repercuten en su bienestar son la jubilación, la viudez, las enfermedades e incapacidades. (Kwaws et al., n.d.)

La valoración geriátrica debe ser global o integral, por lo que la intervención médica será efectiva siempre y cuando se incluya a la familia del anciano, situación con la que los médicos están poco habituados. Deben tenerse suficientes referencias al considerar que el anciano es una entidad holística, es decir, que tiene relación con el medio ambiente (familia, equipo de salud) que le rodea. La falta de apoyo social, económico y de las redes de asistencia social

puede ser el único factor que desencadene problemas patológicos o de enfermedad y resultar en trastorno de orden psicosocial.(J. M. Marín, 2003)

Si no se mejoran las condiciones sociales y de la calidad de vida, y sin los avances tecnológicos, no puede haber mejoramiento en la salud. El reto actual no consiste en incrementar la cantidad de años de vida de los adultos mayores, sino mejorar su calidad de vida. Esta mejoría depende de diferentes factores, entre los que intervienen servicios de salud, desarrollo de ciencia y tecnología, formación de recursos humanos, capacitación, mejores prestaciones para los jubilados, mejorar el estilo de vida, entre otros.(Ryals & Lancaster, n d)

Se considera que el adulto mayor tiene buen nivel de bienestar cuando es capaz de frenar los cambios que ocurren en su organismo y medio social, con un grado de adaptación adecuado y satisfacción personal.

Cuando se habla de envejecimiento, debe reconocerse, ante todo, como un fenómeno multicausal que requiere acciones multidisciplinarias. Hasta el momento se le ha considerado, principalmente, un asunto de salud pública o de carácter social, con incidencia a nivel familiar y aplicaciones de orden de deterioro físico y económico de dependencia.

8.3.1 Funcionalidad familiar

J. Tomas y M. Bargada (2002) han propuesto diversos criterios para diferenciar entre la familia funcional y la familia disfuncional.

En la familia funcional:

- a) Las relaciones están bien establecidas y son de tipo positivo para todos sus miembros; se muestran satisfechos de estar juntos pero reconocen que cada uno de ellos tienen intereses y necesidades individuales, por lo que precisan de cierto grado de privacidad.
- b) No existen coaliciones internas ni competencia entre ellas.
- c) Los límites de la familia son claros y todos la ven como una unidad.
- d) Es una estructura.

Por el otro lado, en la familia disfuncional:

- a) Hay líneas intergeneracionales borrosas.
- b) No existe actitud negociadora.
- c) Se presta poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás.
- d) Los límites de la familia son imprecisos.
- e) Las pautas de interacción resultan fijas y rígidas, y
- f) Las funciones de los miembros no están claras ni limitadas.

P. M. Herrera (1997) también aporta indicadores para medir el funcionamiento familiar: (Zavala-rodr, Garc, & Rodr, n d).

- a) Cumplimiento eficaz de sus funciones.

- b) Desarrollo de la identidad personal y autonomía de sus miembros.
- c) Existencia de reglas y roles flexibles.
- d) Comunicación clara y efectiva que permita compartir problemas, y la capacidad de adaptarse a los cambios.

Capítulo III:

9.-PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Población anciana aumenta notablemente junto con sus expectativas de vida en nuestro país.

¿La disfuncionalidad familiar se relaciona con en la percepción de la calidad de vida del adulto mayor y con la zona de residencia ?

10.- OBJETIVOS

10.1 General

- Determinar si la disfuncionalidad familiar está asociada a la percepción de la calidad de vida del adulto mayor

10.2 Específicos;

- Determinar la relación disfuncionalidad familiar y la auto percepción de la calidad de vida del adulto mayor.
- Describir la disfuncionalidad familiar del adulto mayor, tanto en zona rural como urbana y factores que la predisponen.
- Explorar la influencia de aspectos socio demográficos en la percepción de la calidad de vida del adulto mayor

11. HIPOTESIS

“La auto percepción positiva de la calidad de vida del adulto mayor a nivel rural y urbano depende de la estructura familiar funcional”

12. METODOLOGIA

12.1 Tipo de estudio.-

Descriptivo, prospectivo, Corte transversal, correlacionado y aplicado

12.2 Muestra

El tamaño de la muestra para el diseño, de una encuesta, basado en una fuente aleatoria simple, puede calcularse mediante la siguiente formula.

$$\frac{n = t^2 \times p(1-p)}{m^2}$$

Descripción de la formula:

n = tamaño de la muestra requerido

t = nivel de fiabilidad de 95 % (valor estándar de 1.96)

p = prevalencia estimada de la variable considerada

m= margen de error de 5 % (valor estándar de 0.05)

$$\frac{n= 1.96 \sqrt{0.9 (1-0.92)}}{0.05 \sqrt{2}} = \frac{n= 3.8416 \sqrt{0.92 (0.08)}}{0.0025} = \frac{0.2827}{0.0025} = 113.0$$

N= 113 pacientes

Participaron voluntariamente 124 personas adultas mayores pertenecientes al Seguro Social / campesino o voluntario, que asistieron a consulta externa de la Unidad Ambulatoria de la Ecuatoriana (Quito) y el Hospital Pedro Vicente Maldonado (Cantón PVM), durante el mes de Febrero del 2011, 68 pertenecen al área urbana y 56 pertenecen al área rural cuya edad oscila entre los 65 y 70 años con predominio del sexo femenino.

12.3 Universo

Adulto Mayor (>65 años), hombre o mujer que asistan a consulta externa de los centros médicos en estudio.

12.4 Criterios de inclusión:

- Paciente adulto mayores (> 65 años) sea hombre o mujer.
- Que tengan Historia clínica respectivamente en los sitios de estudio.
- Que pertenezcan al IESS social o campesino y.
- Voluntad de participar en la encuestas.

12.5 Criterios de exclusión:

- Adulto mayor con diagnóstico de enfermedad orgánico o mental que cause dependencia o discapacidad total para responder la encuesta.
- Presencia de deterioro cognitivo definido como ≥ 2 en la Escala de Discapacidad Mental de Cruz Roja.
- Cuestionarios incompletos.
- Residencia en un hogar de ancianos.
- Negativa a participar del estudio.

12.6 Procedimiento de recolección de la información

Se recogieron los datos mediante la aplicación de los cuestionarios directamente por la investigadora, respetando los criterios de inclusión y exclusión

La duración aproximada de la entrevista con cada participante fue de unos 20 a 30 minutos en área urbana y 30 a 45 min en la zona rural. Se llevaron a cabo en las unidades de salud estudiadas, en un horario en que no se interfería con el funcionamiento normal de cada centro.

Cronológicamente, el estudio se llevó a cabo de la siguiente forma:

- Construcción del cuestionario y selección de los instrumentos estandarizados a utilizar para medir los distintos aspectos del estudio.

- Estudio piloto con una pequeña muestra (15 casos) para:

Revisar el cuestionario y los instrumentos de medida seleccionados a partir de los puntos débiles y dificultades encontradas en su aplicación.

Comprobación del tiempo utilizado en la aplicación del protocolo en cada caso-estudio.

Tabulación de los datos y control de calidad de los mismos.

Para llevar a cabo el estudio se solicitó la autorización de los centros participantes y el permiso de los responsables respectivos para que el investigador pudieran utilizar las instalaciones, bajo su responsabilidad, y sin que ello supusiera ningún coste ni alteración del funcionamiento normal de la institución: la autorización se estableció para los fines a los que hace referencia el estudio.

12.6.1 Instrumentos utilizados en la investigación

El material básico de la investigación ha sido un cuestionario confeccionado de forma expresa para la recolección de datos, con la intención de agrupar en un único documento todas las observaciones que se querían realizar. Dicho documento se realizó a partir del estudio bibliográfico previo y de la experiencia de los investigadores al respecto.

Se aplicaron cuestionarios dirigidos (Anexos) a los Adultos Mayores, en los centros de estudio , comprenden:

Datos socio demográficos y aplicación del cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud SF -36, y el test del FF-SIL para la valoración de la Disfuncionalidad Familiar.

12.6.1.1 Cuestionario de salud SF-36

Se ha seleccionado este cuestionario para valorar la calidad de vida relacionado a la salud , se ha mostrado útil en el anciano (Hayes, Morris, Wolf y Morgan, 1995) y está traducido y validado en múltiples idiomas a través de Quality of Life Assessment (IQOLA, evaluación internacional de la calidad de vida) (Aaronson et al., 1992; Ware, Gandek y The IQOLA Project Group, 1994), incluida la adaptación española que se utilizará en esta investigación (Aaronson, Acquadro, Alonso, Apolone y Bucquet, 1992; Alonso et al., 1995). evalúa ocho dimensiones con una batería de preguntas por cada dimensión dando un total de 36 preguntas,⁶ (Soriano, 2004) así:

⁶ Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Meralda G, Quintana J, Santed R, et al. El cuestionario SF-36 español: Una década de experiencias y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria 2005;19 (2): 135-150.

SUBESCALAS	N. ITEMS	DESCRIPCION GENERAL
1. Funcionamiento físico.	10	(Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos).
2. Rol físico ,	4	(Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas).
3. Dolor corporal.,	2	(Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar).
4. Funcionamiento social.,	5	(Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual).
5. Salud mental general	4	(Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general).
6. Rol emocional,	2	(Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo).
7. Vitalidad	3	energía o fatiga. (Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo)
8. salud general	5	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual, las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar
Evolución de la salud	1	Valoración de la salud actual comparada con la del año pasado

La principal ventaja del SF-36 es que permite obtener un perfil general sobre la opinión percibida acerca de la calidad de vida relacionada con la salud de los diferentes individuos o de grupos poblacionales, mediante la aplicación personal y directa del cuestionario para su posterior valoración, lo cual es de utilidad para la planificación sanitaria y el establecimiento de políticas sociales dirigidas a esta población. (Herdman, 2005)

El SF-36 fue validado en Colombia por Stephan P. Leher en 1997,(Leher et al., n d) En una investigación en un barrio del sur de Bogotá, el cual fue adaptado a 11 preguntas referentes a las dimensiones física y social.

Para el cálculo de las puntuaciones, hay que realizar los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación a fin que todos sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».
2. Cálculo del sumatorio de los valores codificados de todos los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).
3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

El cuestionario no está diseñado para proporcionar un índice global, aunque se pueden obtener puntuaciones resumen de salud física y de salud mental, mediante la combinación de las respuestas de los ítems, que se codifican y transforman en dos componentes resumen (o componentes

estandarizados), el físico y el mental, que permiten comparar los resultados obtenidos con los referentes poblacionales.

Este cuestionario ha mostrado en diferentes estudios españoles una buena discriminación, aportando suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad. Además, los resultados son consistentes con el instrumento original; lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales (Soriano, 2004)

Se estima que por encima del percentil 50 presentan buenas condiciones y bajo el percentil es negativo

En EL Anexo 3 , podemos ver la versión traducida del SF-36 utilizada en este estudio.

12.6.1.2 Cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL.

La evaluación del funcionamiento familiar es un paso importante cuando se atiende el bienestar de los ancianos, por lo que, contar con un instrumento que posibilite de manera práctica y consistente el conocimiento de los índices de función o disfunción familiar, es una plataforma que a su vez permite la intervención preventiva y correctiva. Con este

propósito se desarrolló el Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) por Ortega, De la Cuesta y Días (1999)

Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

No. de Situaciones Variables que mide

1 y 8 Cohesión

2 y 13 Armonía

5 y 11 Comunicación

7 y 12 Permeabilidad

4 y 14 Afectividad

3 y 9 Roles

6 y 10 Adaptabilidad

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala cualitativa escala cuantitativa

Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	2	3	4	5

Cada situación es respondida por el encuestado mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

De 70 a 57 ptos Familias funcional

De 56 a 43 ptos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 ptos Familia disfuncional

De 27 a 14 ptos Familia severamente disfuncional

12.7 Plan de análisis de datos:

Los datos obtenidos se almacenaron en una base de datos creada para este propósito con el programa Microsoft office Access 2007.

Posteriormente, se analizaron mediante el programa estadístico Epi – info 3.5.3 2008.

Se realizó un estudio descriptivo de las variables;

- Las cualitativas se analizaron mediante porcentajes y frecuencias,
- Mientras que a las cuantitativas se les aplicó media y desviación estándar.

Para su manejo estadístico se dicotomizaron las variables que nos ayuda a estudiar la relación o asociación entre dos variables cualitativas se utilizó una prueba de ji-cuadrado para comparar proporciones observadas en grupos independientes representado en el OR significativo >4 , y para el análisis bivariado se utilizó una significación estadística de cola de $P < 0.05$.

Con el fin de analizar la influencia de múltiples variables sobre la calidad de vida y disfuncionalidad familiar, además de identificar el perfil de los adultos mayor, se seleccionaron aquellas que se asociaron y presentan significancia estadística representada en una tabla de contingencia de variables.

Se compararon medias para las variables cuantitativas y significancia

12. 8 Aspectos Bioéticos

Se considera una investigación sin riesgo, debido a que los participantes sólo aportan datos a través de encuestas, y no provoca daños físicos ni mentales. Además, la investigación no viola y está de acuerdo con las recomendaciones de la declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52a Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, octubre de 2000.(Fathalla, n.d)

Sin embargo se solicitó el consentimiento informado antes de proceder a recoger los datos a todo participante como se observa en el (Anexo 4)

Capítulo IV

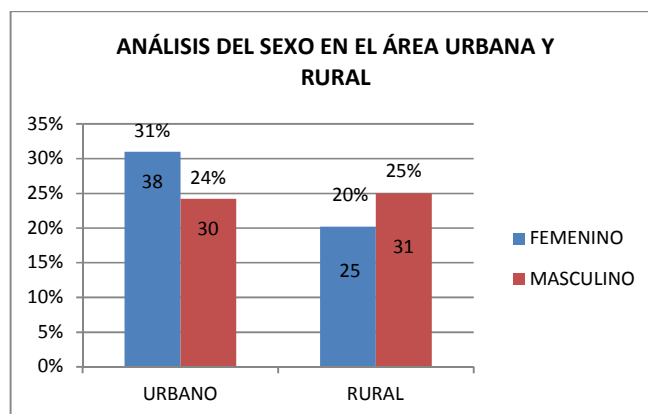
13. Resultados

Se encuestaron 124 adultos; 68 pertenecen al área urbana y 56 pertenecen al área rural, por lo que se cubrió satisfactoriamente la muestra en la sala de espera de los sitios de estudio. No hubo rechazo para la aplicación del cuestionario por parte de los individuos.

13.1 Variables demográficas

En cuanto al sexo o género, las mujeres representan el mayor porcentaje encuestado en forma global, pero al evaluar individualmente a los dos grupos son diferentes como se observa a continuación:

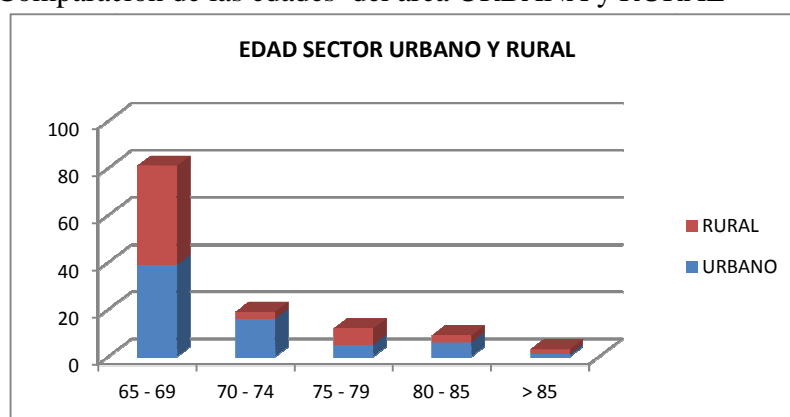
Gráfico 1: Comparación del género del área URBANA y RURAL.



FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

La edad con mayor representación en este estudio, figura una media de 67 años, probablemente este dato pueda influir en su percepción de la calidad de vida se revisa en el grafico siguiente.

Gráfico 1: Comparación de las edades del área URBANA y RURAL



FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

El estado civil “casado y la viudez “predomino en ambas zonas y las diferencias se analizan en el grafico.

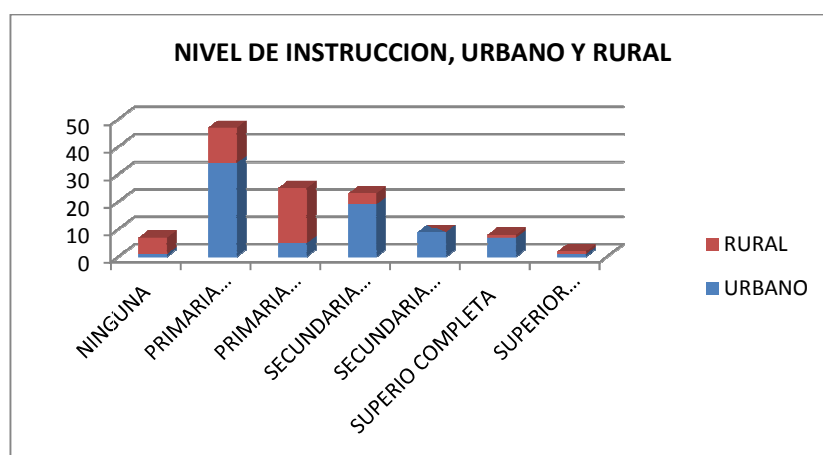
Gráfico 2: Comparación del estado civil del área URBANA y RURAL



FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

En lo que respecta a la escolaridad se encontró diferencias importantes, como se puede observar en el grafico adjunto:

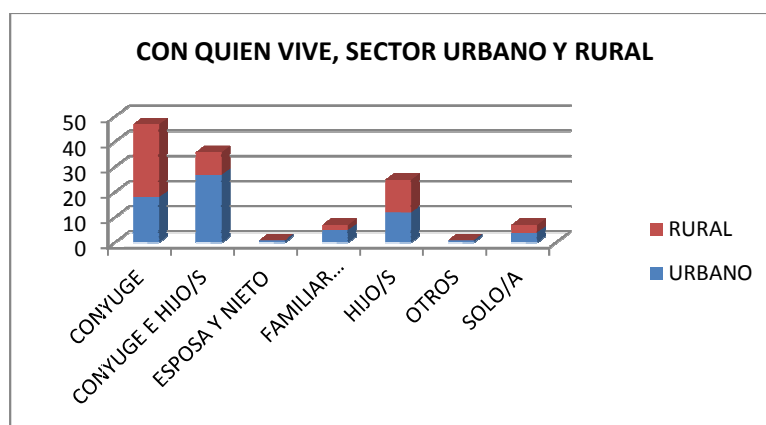
Gráfico 3: Comparación de la instrucción del área URBANA y RURAL



FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

En la variable con quien vive el adulto mayor, hay similitudes notables y en menor porcentajes diferencias, se revisara a continuación en la grafica.

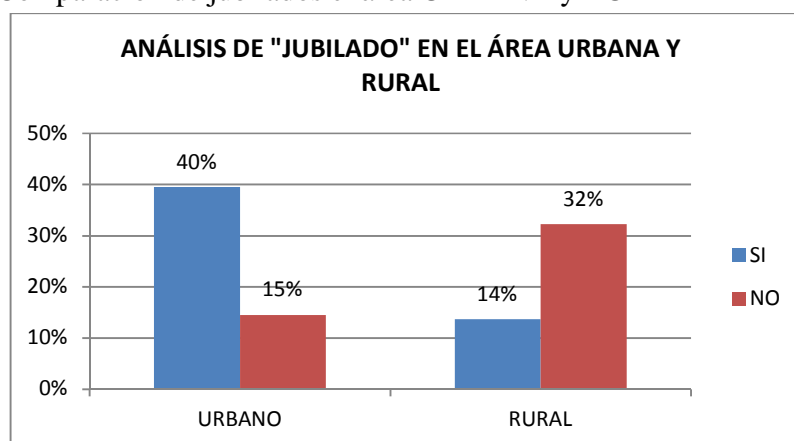
Gráfico 4: Comparación de “con quien vive” del área URBANA y RURAL



FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

La Jubilación es un dato muy importante y diferente en cada zona, como posibilidades puede influir, el tipo de seguro o la falta de información, etc. Se detallan los porcentajes a continuación:

Gráfico 5: Comparación de jubilados el área URBANA y RURAL

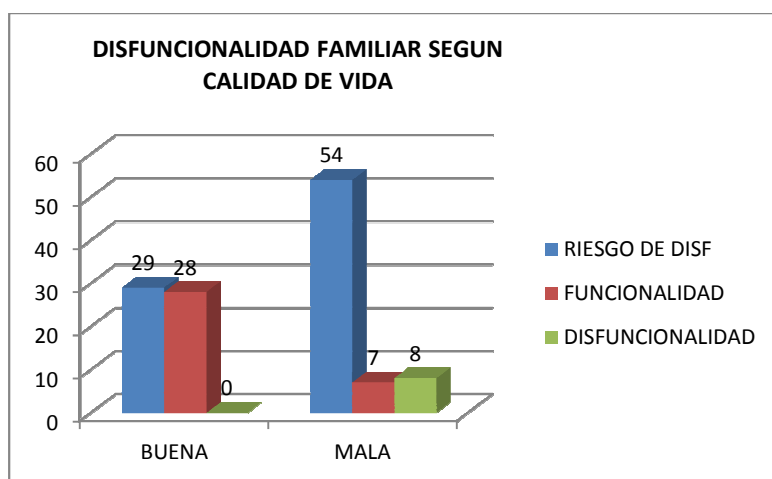


FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

En cuanto a la ocupación existe diferencias importantes, a nivel urbano prevalece los adultos mayores que actualmente no cuentan con empleo (69 %), pero si trabajan en su domicilio en quehaceres domésticos (42 %) y el (26 %) no realizan ninguna actividad mientras que en la zona rural el 55.3% mantiene un trabajo público o privado siendo la ocupación más importante la agricultura, y el 44.6 % permanecen dedicados al cuidado de su hogar.

13.2 Variables relacionadas con la Disfuncionalidad Familiar

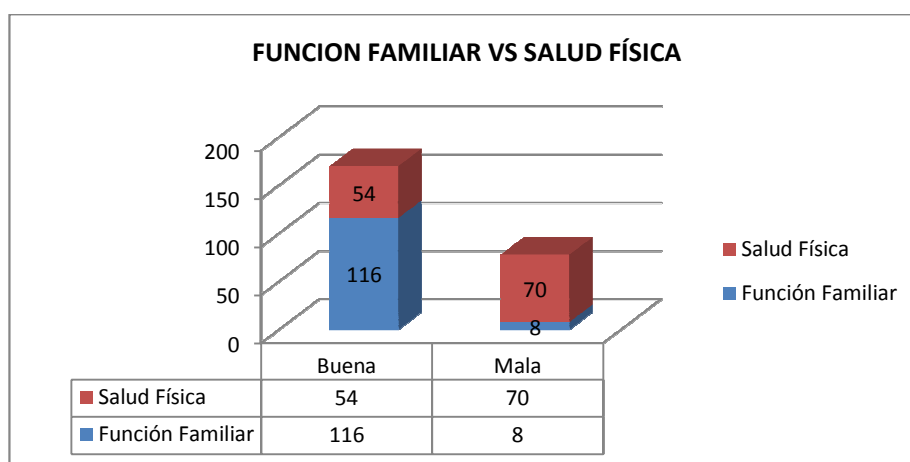
1. Disfuncionalidad familiar vs Calidad de vida



FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

Como se puede observar en la grafica anterior prevalece en la población anciana el riesgo de disfuncionalidad familiar.

Disfuncionalidad familiar vs Salud fisica

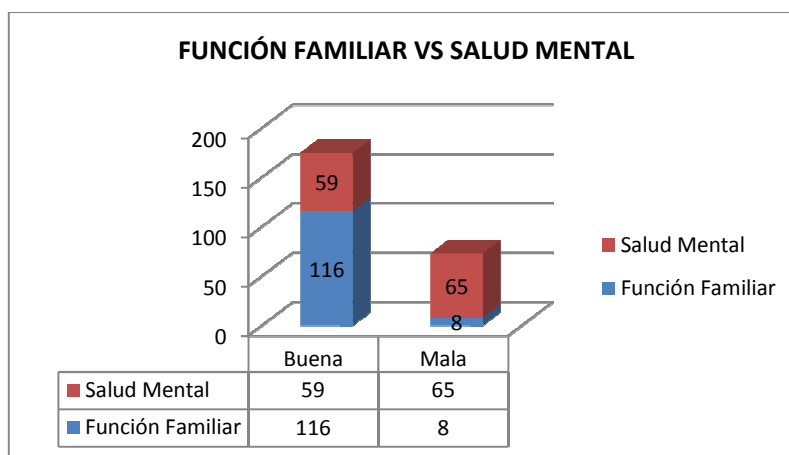


FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

De acuerdo a la hipótesis planteada la auto percepción positiva de las adultos mayores se relaciona con una funcionalidad familiar positiva, como se puede analizar en el grafico anterior se confirma esta hipótesis en el dominio de salud física que involucra el estado físico, rol físico, dolor corporal etc.

Estadísticamente se obtiene un $OR = 18.79$ y una $P = 0.005$, se concluye que las variables son dependientes entre si y significativas, existe riesgo de más de 18 veces de tener una auto percepción de mala salud física si se relaciona con disfuncionalidad familiar el adulto mayor.

2.-Disfuncionalidad familiar vs Estado de Salud mental



FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

Otro dominio que nos ayuda a valorar la percepción de la calidad de vida es el estado mental, engloba rol emocional la vitalidad del adulto mayor, como se

analiza en la grafica anterior la disfuncionalidad familiar está relacionado con la percepción de poseer mala calidad de vida en esta dimensión

En el cruce de variables se obtuvo un $OR=15.97$ y una $P=0.005$ con buena asociación de estas y significancia estadística, existiendo un riesgo de 15 veces más que los adultos mayores con disfuncionalidad familiar presenten una auto percepción de mal estado de salud mental lo que confirmaría definitivamente nuestra hipótesis .

3.- Disfuncionalidad familiar vs zona

Gráfico 6: Comparación de familias funcionales y disfuncionales del área URBANA y RURAL

TIPOS DE FAMILIAS	URBANO	RURAL	TOTAL	PORCENTAJE
FAMILIA FUNCIONAL 57 A 70 PUNTOS	18	15	33	27%
FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL DE 43 A 56 PUNTOS	49	34	83	67%
FAMILIA DISFUNCIONAL DE 28 A 42 PUNTOS	1	7	8	6%
FAMILIA SEVERAMENTE DISFUNCIONA DE 14 A 27 PUNTOS	0	0	0	0%

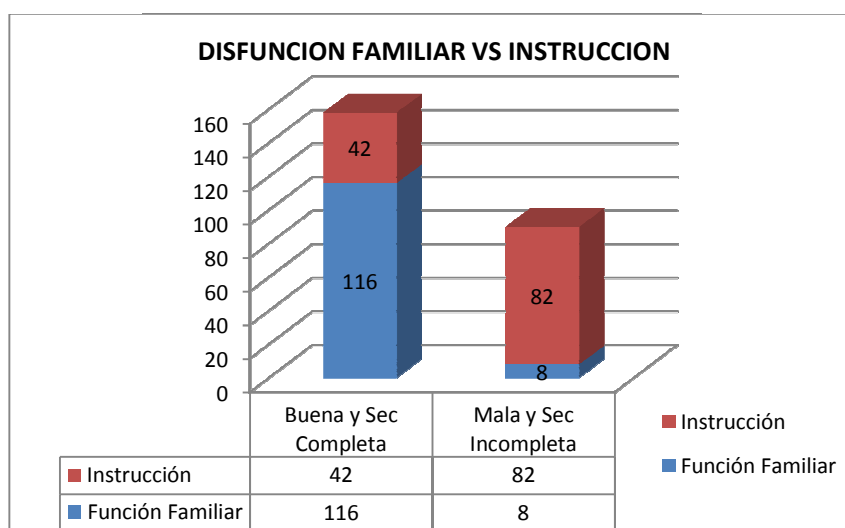
FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

De acuerdo a un objetivo de la investigación, en forma global solo 6% de adultos mayores mantiene la percepción de vivir en una familia disfuncional y esta se ve reflejada en la zona rural como se puede observar en el cuadro anterior.

En el cruce de variables se obtiene un $OR=11.941$, con una $P=0.005$, lo que indica una fuerte asociación y significancia estadística. Además se debe considerar que existe 11 veces más riesgo de que los adultos mayores tengan

la percepción de vivir dentro de familias disfuncionales en zona rural que urbana.

4. Disfuncionalidad Familiar vs instrucción



FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

En el análisis de estas variables se obtiene $OR = 28.31$ y una cola de $P=0,0005$, las variables son dependientes y tienen importante significancia, por lo que nos orienta a deducir que a más bajo nivel de instrucción mayor riesgo de disfuncionalidad familiar.

13.3 Variables relacionadas con la Calidad de Vida

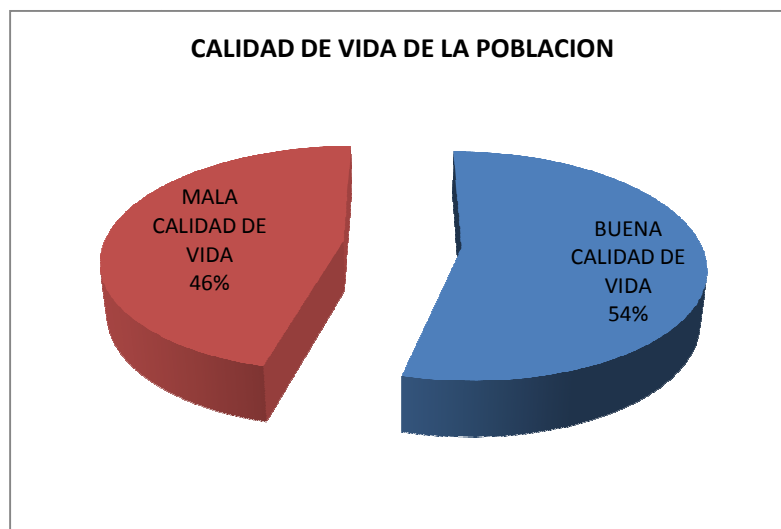
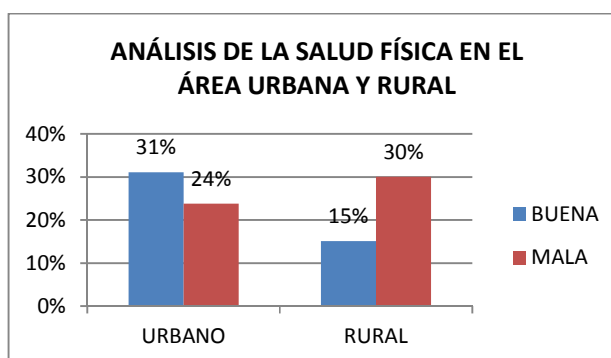


Gráfico 7: Comparación de salud física del área URBANA y RURAL



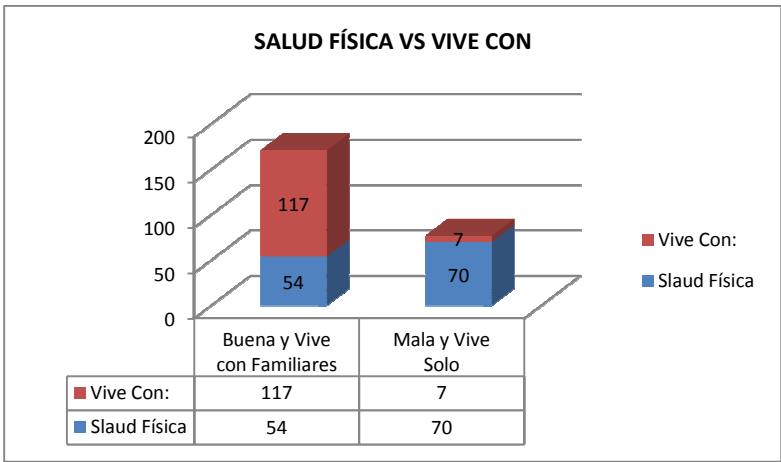
FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

Al analizar estas variables que corresponde a un objetivo específico, se obtienen resultados diferentes en las dos zonas como se observa en la gráfica anterior.

Estadísticamente presenta un OR 1.57 y una $p < 0,05$, no existe una importante asociación ni significancia estadística entre las dos variables, tiene mayor

probabilidad que el resultado se haya obtenido al azar y se descartaría que haya riesgo de mala función física en relación a la zona.

2 Salud física vs con quien vive el adulto mayor

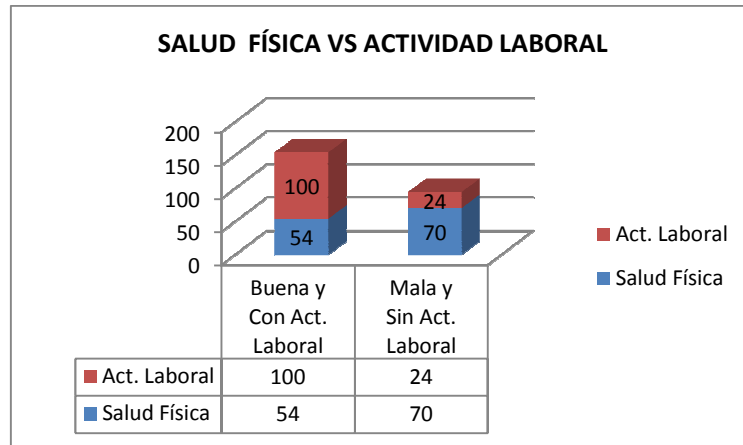


FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

Como se puede observar la mala calidad de vida se asocia con vivir solo.

En el cruce de variables de salud física y con quien vive el adulto mayor, se obtuvo un OR = 21.66 y una P= 0.005 demostrando asociación y significancia estadística, nos orienta a que probablemente la mala salud física del adulto mayor se relaciona con vivir solo y esté relacionado con depresión, perdida de la autonomía.

3.- Salud física vs actividad laboral



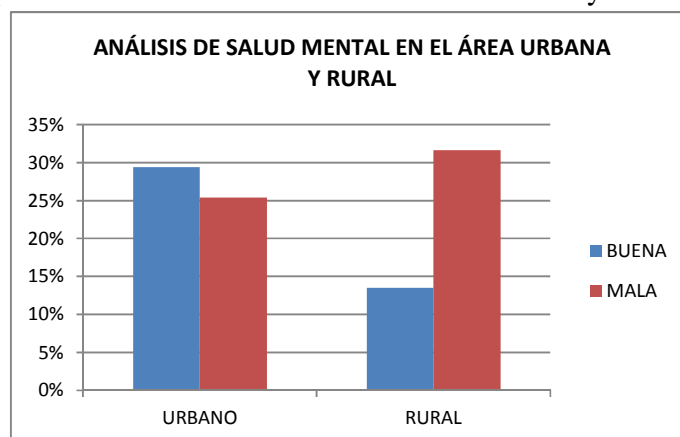
FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

Estas variables al cruzar dieron como resultado $OR = 5.40$ y una $P = 0.005$, son variables asociadas, dependientes, significativas además tiene un riesgo de 5 veces más presentar una mala salud física si el adulto mayor no trabaja.

ESTADO DE SALUD MENTAL

1. Salud mental vs zona

Gráfico8: Comparación de la salud mental del área URBANA y RURAL

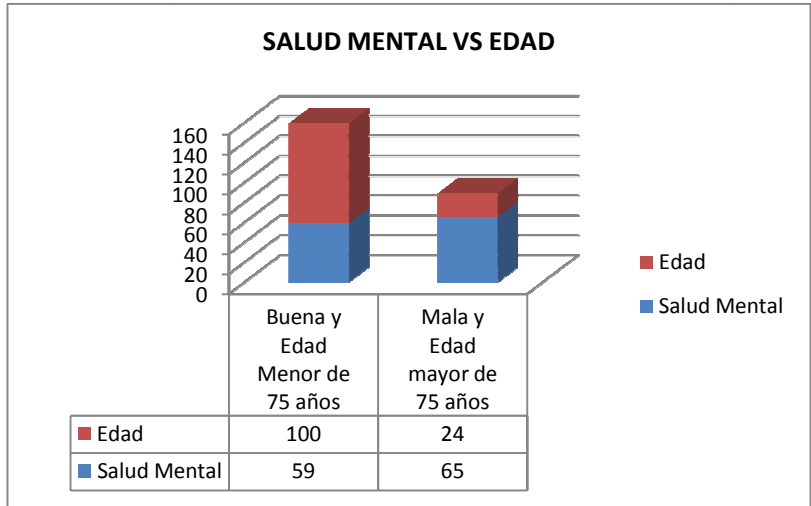


FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

La salud mental es diferente en las zonas de estudio como se analiza en la grafica anterior.

Con un valor del OR 1.33 y una P 0.005, estos resultados obtenidos mantiene un leve asociación y con excelencia significancia estadística , la zona probablemente interfiere en la percepción de la salud mental

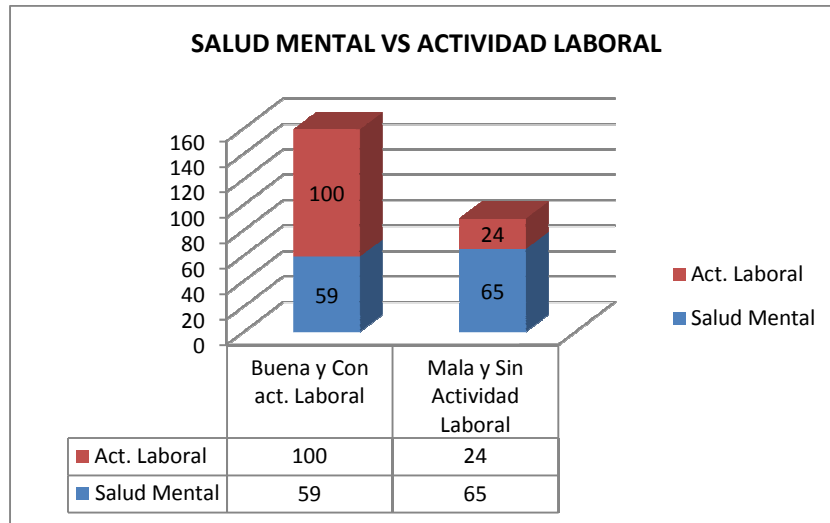
2.- Salud mental vs edad



FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

La variables salud mental y sexo tienen como resultado un OR = 4.59 y una P=0.005 son v dependientes y poseen significancia estadística, con orientación de 4 veces más tener mala salud mental relacionada a mayor edad.

1. Salud mental vs con actividad laboral



FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

Estas variables tienen un $OR=4.59$ y $P=0.005$ con asociación y significancia estadística, tiene riesgo de 4 veces más presentar mala percepción del estado de salud mental si el adulto mayor no trabaja.

3.-TABLA DE CONTINGENCIA DE CRUZE DE VRIABLES DICOTOMIZADAS

CRUZE DE VARIABLES	OR	CHI-CUADRADO	P
DISFUNCION FAMILIAR Y SEXO	14.039	125.96	0,005
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EDAD	3.40	538.185	0,005
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO CIVIL	6.40	270.4	0,005
DISFUNCION FAMILIAR Y VIVE CON QUIEN	0,36	16,99	0,005
DISFUNCION FAMILIAR E INSTRUCCIÓN	28,3	111,76	0,005
DISFUNCION FAMILIAR Y ZONA	11,94	141,45	0,005
DISFUNCION FAMILIAR Y ACTIVIDAD LABORAL	3,48	538,18	0,005
DISFUNCION FAMILIAR Y JUBILACION	12,74	134,51	0,005
DISFUNCION FAMILIAR Y SALUD FISICA	21,21	115,36	0,005
DISFUNCION FAMILIAR Y SALUD MENTAL	15,97	117,63	0,005
SALUD FISICA Y EDAD	1,33	2,78	0,1

SALUD FISICA Y SEXO	5,4	55,6	0,005
SALUD FISICA Y ESTADO CIVIL	2,93	23,02	0,005
SALUD FISICA Y VIVE CON	21,66	115,6	0,005
SALUD FISICA Y SALUD MENTAL	1,17	4,18	0,025
SALUD FISICA E INSTRUCCIÓN	0,66	31,37	0,005
SALUD FISICA Y ZONA	1,57	3,27	0,05
SALUD FISICA Y ACTIVIDAD LABORAL	5,4	55,64	0,005
SALUD FISICA Y JUBILACION	1,47	2,79	0,05
SALUD MENTAL Y EDAD	4,59	58,19	0,005
SALUD MENTAL Y SEXO	1,13	0,38	0,1
SALUD MENTAL Y ESTADO CIVIL	2,49	23,06	0,005
SALUD MENTAL Y VIVE CON	18,41	112	0,005
SALUD MENTAL E INSTRUCCIÓN	0,56	24	0,005
SALUD MENTAL Y ZONA	1,33	1,57	0,005
SALUD MENTAL Y ACTIVIDAD LABORAL	4,59	58,1	0,005
SALU MENTAL Y JUBILACION	1,25	0,82	0,1

FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

- Color amarillo buena asociación y significado estadístico

Las variables Disfuncionalidad Familiar vs sexo , estadísticamente al realizar el cruce de las variables se obtiene OR 14.97 y una P 0.005 mantienen una dependencia y asociación, además con un riesgo de 14 veces más que los adultos mayores del sexo masculino tenga una percepción de disfuncionalidad familiar en sus hogares .

Otro resultado importante es las variables Disfuncionalidad familiar vs edad, mantiene una asociación y significancia estadística importante con OR = 3.48 y una P=0.005, sugiere tener riesgo de 3 veces presentar disfuncionalidad familiar a mayor edad.

La Disfuncionalidad familiar vs estado civil su cruce es significativo, existe una adecuada asociación y significancia, por lo que el estado civil soltero tiene 6 veces más riesgo de disfuncionalidad familiar moderada

El cruce de estas variables disfuncionalidad familiar vs jubilación estadísticamente se obtuvo un $OR = 12.74$ y una $P = 0.005$, tiene una adecuada asociación y significancia, determinándose que existe 12 veces más de riesgo de disfuncionalidad familiar sin jubilación de los adultos mayores.

Salud física vs sexo, este cruce de variables presenta asociación y significancia estadística, presenta un $OR = 5.47$ y una $P = 0.005$ orienta a pensar que la mala salud física se relaciona con el sexo masculino.

Salud mental vs vive con quien. El adulto mayor en el cruce de estas variables tienen una asociación y significancia estadística de un $OR = 18.41$ y una $P = 0.005$, con riesgo de percepción de mala salud física si vive solo y no con familiares como cónyuge e hijos.

Capítulo V

14 Discusión

14.1 Discusión de la metodología utilizada

Para el presente estudio la muestra fue seleccionada a conveniencia y por su prevalencia de la disfuncionalidad familiar, siendo heterogénea por las características de su entorno, en que ha existido intervención de manera directa o indirecta de la Medicina familiar, en las diferentes dimensiones, contribuyendo a su bienestar físico, mental y social, en el marco de las recomendaciones de la OMS para un envejecimiento activo.

Se ha planteado un estudio transversal o de prevalencia, , con el objetivo de comparar la calidad de vida y la funcionalidad familiar (SF – 36 y SS-FIL), permitiendo un estudio descriptivo y analítico, puesto que obtenemos estimaciones generales, así como relaciones entre variables, siendo a su vez un estudio correlacionado.

En cuanto a los cuestionarios de CVRS (calidad de vida relacionados con la salud) en adultos mayores , en la actualidad en el Ecuador no existe instrumentos específicos y en otros países son también escasos, respondiendo preferentemente a la evaluación específica de la calidad de vida en diferentes patologías o en su caso por ancianos frágiles como ocurre con el Geriatric Quality of Questionnaire (Guyatt 1993).

El cuestionario genérico SF-36 fue seleccionado como instrumento de este estudio , la principal ventaja es que permite obtener un perfil general sobre la opinión percibida acerca de la calidad de vida relacionada con la salud de los diferentes individuos o de grupos poblacionales.(Herdma, 2005), quizá sea en la actualidad el instrumento más ampliamente utilizado a nivel mundial , traducido y validado en España y Brasil ,dispone de normas poblacionales de referencia (Alonso y cols 1998) además también fue validado en un país vecino Colombia por Stephan P. Leher en 1997,(Leher et al., n d) en un barrio del sur de Bogotá, lo que nos acerca a nuestra realidad poblacional .Así las normas poblacionales pueden utilizarse para evaluar cualitativa y cuantitativamente el beneficio de una intervención, permite la comparabilidad de los resultados obtenidos en muestras transculturales, lo que resulta de gran interés en el futuro .

Otro cuestionario genérico es el Woqol-Bref, un instrumento elaborado por la OMS contempla una visión Holística de la salud, es abreviado y fácil de aplicar, no obstante los resultados de validación y adaptación en diferentes países, no lo recomienda como instrumento de utilización preferente.

Es considerado el SF – 36 para la valoración geriátrica con una recomendación A “alta” en comparación al cuestionario WHOQOL -100 Y BREF (OMS) con una recomendación M “moderada y no se encontró informes de validación en América del sur .

Inconvenientes al aplicar el cuestionario SF-36: en zona rural por el nivel de instrucción se aplicó en forma dirigida por la autora, mientras que en zona urbana por las citas planificadas impedían completar los cuestionarios, además el tiempo fue un limitante importante al aplicar este cuestionario que se prolongó más del planificado por las múltiples inquietudes entorno a la salud de los encuestados.

Para valorar la disfuncionalidad familiar se seleccionó el Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), siendo uno de los instrumentos más utilizados y más sensibles. Los expertos consultados evaluaron positivamente la pertinencia y factibilidad de aplicación de la matriz de salud familiar, la utilidad en el análisis de la situación de salud, en la investigación con enfoque familiar y en la planificación de intervenciones en la atención primaria, este evalúa 7 parámetros en relación a la familia, mientras que el APGAR FAMILIAR es un instrumento para valorar, un enfoque sistémico de la familia y detectar a las familias en riesgo, altamente recomendado, siendo uno de los instrumentos más difundidos y aplicados en los estudios de investigación. Validado en México, valora 5 parámetros y se utiliza más en población general. (Palomino, Bustamante, & Instrumen-, 2006)

Como desventaja el SS-FIL es un cuestionario Cubano y validado en este país, además no existe mucha información, en los estudios donde se aplica este cuestionario se ha obtenido una visión aceptada de la funcionalidad familiar.

14.2 Discusión de los resultados obtenidos

Se derivada de la hipótesis planteada y de los objetivos de este estudio

Análisis Socio demográfico

Al analizar los datos socio demográfico, llama la atención el género o sexo de la población investigada, prevalece en forma global el femenino frente al masculino, esta es una evidencia en casi todas las investigaciones que tienen como enfoque la población de adultos mayores. Osorio (2006) subraya que cuando se habla de longevidad, directamente cruzamos con el tema género, donde las mujeres viven más que los hombres, mientras que estadísticamente nacen más hombres que mujeres en todo el mundo, al hacer comparación con zona, a nivel rural se encuentra con mayor porcentaje el sexo masculino encuestado esto se corrobora con un trabajo de investigación a nivel rural realizado en Pichincha en adultos mayores.⁷

La feminización en la vejez, ese hecho, poco relevante en el pasado, por el número reducido de personas mayores, actualmente es una realidad social importante en las sociedades avanzadas., las mujeres de más de 64 años son ya 1/10 en la población española (Pérez 2006)

⁷ Trabajo de investigación Análisis de factores de riesgo que afecta la autonomía de los adultos mayores en zona rural y urbana Pichincha –Ecuador 2009-2010

La edad promedio de la muestra fue de 65-69 años, al dicotómizar las variables el mayor porcentaje de la población está representada por los adultos mayores menores de 75 años, siendo importante relacionar que a esta edad acceden a la jubilación, presentan pérdidas, se desarrollan como abuelos o en su defecto son los que se encargan del cuidado de ellos.⁸

Análisis de la funcionalidad familiar

Uno de los objetivos fue “determinar la disfuncionalidad familiar en adultos mayores tanto en área rural como urbana de Pichincha”.

Prevalece la percepción del adulto mayor de vivir dentro de una familia moderadamente funcional, sin diferencia de zona con un porcentaje menor de disfuncionalidad en zona rural, y estadísticamente tiene una buena asociación y significancia, resultados similares reportaron Zavala y cols. En torno a la opinión positiva de los adultos mayores encuestados, y García y cols. En familias rurales parcialmente coinciden con lo reportado por Ortega y cols. Y se encontró divergencia con el reporte de López, quien halló mayor porcentaje de familias disfuncionales (75%).

⁸ Según la Constitución en el Ecuador, se considera adulto mayor a toda persona mayor de 65 años. Un adulto mayor perfectamente puede ser activo y útil. Hay adultos mayores muy jóvenes en su mente y otros muy viejos. La OMS 2001. Salud y envejecimiento considera adulto mayor a personas mayores de 60 años, en algunos países es joven goza de nivel de vida positivo y buena salud. Sin embargo puede ser que la edad sea un fiel reflejo de envejecimiento a los 60 años en los países en desarrollo, donde no disfrutaron de su primera etapa, según la NNUU considera la edad de 60 años o más en todas las previsiones demográficas.

La edad fue limitante en este estudio, probablemente sea otro el resultado si se aplicaría los cuestionarios de funcionalidad familiar a una población más anciana (< 75 años,) ya que en esta investigación está representada por un menor porcentaje.

Otro limitante por inconvenientes de logística es no poder aplicar este test a los integrantes o al núcleo de la familia para tener una visión más acertada de la funcionalidad familiar del anciano.

A demás la disfunción familiar se relaciona con el sexo femenino, probablemente por la incidencia en nuestro estudio, con el estado civil soltero, con un nivel de instrucción menor de secundaria incompleta a nivel rural, con los adultos mayores que están jubilados, lo que nos orienta a pensar que varios son los determinantes para que el adulto mayor tenga la percepción de disfuncionalidad familiar

Análisis de la percepción de la calidad de vida

El segundo objetivo fue explorar la influencia de aspectos socio demográficos en la percepción de la calidad de vida del adulto mayor

Resultados importantes se obtuvieron en cuanto a este objetivo ,las puntuaciones medias obtenidas en los diferentes dominios del cuestionario SF-36 fueron diferentes de acuerdo a la zona, a nivel urbano se encuentra la media por encima de 50 y corresponde a las dimensiones: rol físico, rol emocional, función social,

vitalidad y salud mental y solo por encima de los 70 la función física ,esto evidencia que la mayoría de los adultos no tiene limitaciones de interés para realizar el trabajo u otras actividades cotidianas como consecuencia de su salud física, y la media menor de 50 en los dominios salud general y dolor corporal las cuales están asociadas.

Mientras que en zona rural las dimensiones que se encuentran por encima a la media de 50 son salud física y función social en comparación con la zona urbana estas obtuvieron mejor porcentaje y menor de 50 fueron casi para todos los dominios y con menor puntos 22.3 fue para el rol físico , estas puntuaciones son muy inferiores a las obtenidas en la poblaciones española (Alonso 1998) mereciendo reseñarse la puntuación media del rol físico 91.47 mientras que en nuestra muestra tuvo un promedio 52,22 y de 22 en zona urbana y rural respectivamente siendo muy marcada la diferencia de poblaciones distintas ,

En conclusión una mala percepción de su calidad de vida se refleja en todos sus dominios que valora SF-36 a nivel rural, mientras que a nivel urbano los adultos mayores mantienen una buena percepción pero menos en la función salud general y dolor corporal

Estadísticamente estos resultados mantiene independencia y significancia, con el estado físico y con el estado mental no hay significancia.

Relacionando con estudios realizados en Kentucky, (E.U.), Mainous (“8550869,” n d) un estudio con personas de áreas urbanas y rurales, en el que

encontró que las del área rural tenían un estado de salud más pobre en la medición de los dominios de funcionamiento físico y social, roles, salud mental general y percepción general de salud. En el sur de Francia, Grand (Seeman, 2010) se llevó a cabo un estudio en ancianos mayores de 60 años a nivel urbano, con el objetivo de identificar marcadores de mortalidad, en el que se halló una relación entre ésta y discapacidad, salud, auto percepción positiva de la salud, confort en la casa, socialización y dos ítem de bienestar subjetivo. Se contraponen a este resultado un estudio realizado en Malasia, Yassin (“características rurales ancianos,” n.d) encontró en una población de 317 ancianos mayores de 55 años rurales, que cerca del 33% percibía su salud como excelente o buena, 63,4% consideraba que su salud comparada con la del año anterior era más o menos la misma y 49,2% se percibía a sí mismo como físicamente activo. La artritis fue la condición que más afectaba las actividades de la vida diaria.

En España, (Fernández-Ballesteros, 2010), en una de sus investigaciones en México, concluye que la mayor variación de los adultos entre los 65 y 74 años, en relación con su calidad de vida, se concentra en tres dimensiones particularmente: vitalidad, función social y salud mental; y que dos condiciones como el sexo y la edad (mujeres y mayor edad) son variables que se asocian con la calidad de vida.

En la provincia de Pichincha (2009-2010) se realizó un estudio a nivel rural y urbano donde se determinó los factores que intervienen en la autonomía del

adulto mayor ,se encontró que a nivel rural a diferencia de lo urbano existía mayor depresión, dependencia analfabetismo y alteración del estado cognitivo⁹, probablemente se pueda correlacionar con la auto percepción negativa de la calidad de vida de los adultos mayores en zona rural investigada en nuestro estudio..

Análisis de la percepción de la calidad de vida con la disfuncionalidad familiar

Uno de los resultados más importantes y controversiales fue al analizar la hipótesis planteada en este estudio, “la auto percepción positiva de la calidad de vida del adulto se relaciona con la funcionalidad familiar“ analizada atreves de la tabla de contingencia del cruce de variables puedo concluir que la hipótesis se confirma , “los adultos mayores tiene una buena percepción de calidad de vida y está asociado con la funcionalidad familiar (estado de salud física y mental) “ . Estadísticamente tiene buena asociación y es significativo.

Un estudio que relaciona estas variables García y cols. (“García y cols,” n d), desarrollaron un estudio exploratorio, correlacionar con 100 familias de una comunidad rural, con el objetivo de explorar la influencia de la funcionalidad sobre la capacidad física de los adultos mayores integrantes de la familia. Utilizaron la escala de EFF de Friedemann para medir la primera variable, y el índice de Barthel para la segunda. Identificaron familias funcionales en un 69%,

⁹ Trabajo de investigación Análisis de factores de riesgo que afecta la autonomía de los adultos mayores en zona rural y urbana Pichincha –Ecuador 2009-2010

y de ellas el 88% de adultos mayores presentaron independencia física total. El mantenimiento del sistema familiar se correlacionó positivamente con la capacidad física de movimiento ($r=, 276$, $p= ,005$) y eliminación ($r=, 284$, $p= ,004$). Los autores reportaron que los procesos de vida del sistema familiar: mantenimiento del sistema, cambio del sistema, e individuación, soportan la funcionalidad familiar.

(“Fujisawa.pdf,” n d) encontró diferencias en los índices de calidad de vida (apoyo social, autonomía, salud mental y relaciones familiares) con respecto al género. Céspedes A y cols. (E. D. E. La, Vida, Adulto, El, & Periodo, 2009) concluyeron, en una investigación sobre calidad de vida y adulto mayor, que existen carencias de tipo afectivo por falta de interacción social, falta de contacto social y problemas de inactividad bastante acentuados. Otro estudio, realizado por Villalobos (V. Del et al., 2004) en Costa Rica, reveló que los adultos mayores institucionalizados experimentan sentimientos de soledad por encontrarse separados de su familia, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas por los centros y presentan mayores factores de riesgo como sedentarismo y aislamiento. Además, evidencian discapacidades más visibles y requieren mayor ayuda para realizar actividades de la vida diaria; en contraste, las personas mayores que vivían con su familia y eran atendidas en el centro diurno se mostraron más activas, participativas y se mantuvieron ocupadas en diferentes tareas.

Capítulo VI

15 Conclusiones

Las conclusiones del presente estudio, responde a hipótesis propuesta y objetivos, siendo las siguientes:

- En cuanto a la funcionalidad familiar la gran mayoría de las familias de los adultos mayores encuestados están en riesgo de una de disfuncionalidad es decir son “moderadamente funcionales”, sus fortalezas radican en mantener los subsistemas y sistema de la familia con armonía, afectividad y comunicación en el hogar, sus debilidades la mas prevalente fue dificultad en la adaptabilidad para las situaciones estresantes que se presentan y en la cohesión, sin que existan grandes diferencias entre lo urbano y lo rural, mientras que las familias disfuncionales en este estudio solo se observaron en el sector rural, representado en un 6%, con una clara disfunción en la cohesión y adaptabilidad, indica que los adultos mayores viven en ambiente de tensión, presta poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, con dificultad para adaptarse a momentos estresantes, además relacionando las debilidades entre el grupo funcional y disfuncional son las mismas, se debe poner énfasis para la intervención en estos puntos y fortalecer sus virtudes. Además se encuentra la disfuncionalidad familiar asociada al estado civil soltero, instrucción primaria incompleta, al momento sin actividad laboral, y

no se encuentra relacionado con quien vive, ya que la mayoría de nuestro adultos mayores viven con familiares en las dos zonas de estudio, ni con la jubilación.

- Al explorar la influencia de aspectos socio demográficos en la percepción de la calidad de vida del adulto mayor , primero se determino la calidad de vida en el área de estudio encontrándose los siguientes resultados : el 54.4 % presento satisfacción reflejada en la obtención de los mejores puntajes en función física y función social , el 47.9% de la población de estudio manifestaron tener mala calidad de vida representada en la salud general y el rol físico , el adulto mayor tiene una expectativa actual y futura negativa en relación a su salud limitando sus actividades diarias . Los datos socio demográficos que se asocian significativamente es vivir en zona rural donde se detecto mayor percepción negativa , estado civil soltero , con instrucción primaria incompleta , sin jubilación , no se relaciono ni con la edad , vivir solo , y sin actividad laboral, lo que nos orientan a planificar estrategias de promoción y prevención básicamente en la instrucción , zona y jubilación .

En el área rural una mala calidad de vida es percibida por el adulto mayor presentando sus fortalezas en dos aspectos función física y función social mientras sus debilidades en todos los dominios, siendo estas fortalezas en la zona urbana , se traduce que el anciano no presenta limitaciones físicas pero si con una percepción del futuro incierto relacionado a su salud , con amplias

líneas de estudio para investigar como la salud actual desde punto de vista objetivo, etc

- Los resultados de esta investigación confirman la hipótesis planteada inicialmente, “la auto percepción positiva de los adultos mayores se relaciona con la funcionalidad familiar”, Esta relación estadística es significativa, no solo depende de la dinámica familiar sino de varios factores como la edad (a mayor edad mala valoración de salud física y mental), si presenta un estado civil casada y vive con su cónyuge /hijos o familiares, con nivel de instrucción secundaria completa , si está jubilado . vivir en zona urbana y sobre todo tener una percepción de vivir dentro de una familia funcional. Esto nos orienta a planificar estrategias para los elementos que se asocian a las personas que viven solas , sin actividad laboral , jubilados y con disfunción familiar
- El instrumento para la determinar la funcionalidad familiar SS-FIL, fue fácil de aplicar en corto tiempo y no presento ninguna dificultad para su ejecución y el Cuestionario de Salud SF-36 demostró comprensión en sus preguntas , parece ser un instrumento adecuado, fiable y relativamente corto, que permite medir claramente los diferentes aspectos relacionados con la salud, de una forma multidimensional También consideramos adecuado, por su diseño específico para ser aplicado a la población geriátrica, su brevedad y elevada validez y fiabilidad .

Los limitantes ver en la pagina73.

Capítulo VII

16 . Recomendaciones

Impulsar el desarrollo de este tipo de políticas sociales, que se adapten a las necesidades y circunstancias contextuales de las personas a las que se dirigen. En este caso, a las de las personas mayores que viven en territorios rurales. Con ello se favorece la equidad de toda la ciudadanía en el acceso a los servicios, se minimizan y corrigen las discriminaciones que introduce el hábitat, y, además, la inversión en recursos sociales se hace más eficiente.

PERSONA Y FAMILIA

Motivar la toma de conciencia en los adultos mayores y sus familias tanto en el entorno urbano y rural para que adopten hábitos de vida saludables:

1.- Fortalecimientos de redes de apoyo a nivel individual y familiar, participar y ser parte de los clubs barriales, escuela para padres, programas religiosos y centros de salud en actividades deportivas, recreacionales, culturales, etc.

A las familias con disfuncionalidad familiar en zona rural fortalecer lo positivo de la familia, incentivar a la unión , amor y comprensión del adulto mayor , cambiar la imagen de un anciano de carga e inutilidad, sino mirar a una persona con conocimientos experiencias , sabiduría con necesidad de ser útil en su hogar y sociedad

Para el adultos mayor asumir cambios de roles de generacionales , de salud y enfermedad, compartir sabiduría , enfrentar la soledad

2 A la comunidad : las autoridades institucionales deben incluir la capacitación (educación, instrucción,) hacia la población en etapa productiva, e integrar al adulto mayor a tareas que el mismo considere ser capaz de llevar a cabo, de acuerdo con los periodos de jubilación, retiro y muerte, de tal manera que se sienta útil para la familia y sociedad .

- Desarrollar programas y actuaciones coordinadas que se dirijan hacia las personas mayores y familias. desde los recursos comunitarios de la zona en este caso rural: centros de mujeres, de juventud, de educación de adultos, de turismo, etc.
- Mantener el dinamismo socioeconómico que producen (aprovechamiento de recursos, generación de empleo, desarrollo comunitario...). Por eso, integrar las intervenciones en los adultos mayores que se realicen dentro del proceso general de desarrollo rural y comunitario de cada zona es un enfoque altamente recomendable.

2. Se recomienda a los sistemas de salud mantener una imagen positiva del envejecimiento. Este objetivo únicamente se puede conseguir fomentando la participación activa de las personas mayores en todos los ámbitos de sociales, proporcionando formación y educación especializada a los profesionales médicos, sanitarios y de los servicios sociales, y alentando a los grupos que

representan a las personas mayores a hacer frente a los estereotipos negativos y a la discriminación por causa de la edad.

- Implementar y mejorar programas de prevención, promoción de la salud, como de la participación e inclusión social del adulto mayor, con una planificación integral que promuevan el envejecimiento activo y la generación de proyectos innovadores con intervención social-familiar, que no traten de replicar modelos, que si bien son adecuados para un contexto (urbano), resultan inapropiados para el medio rural o viceversa.
- Fortalecer la atención primaria con la inclusión de médicos familiares al sistema de salud, además Incentivar a la creación de hospitales y centros de medicina familiar a nivel nacional tanto en área rural y urbana, dispuestos dar una atención integral del adulto mayor para manejo de las patologías mas frecuentes como distintos problemas de la convivencia diaria.
- Se recomienda en base a nuestro estudio por la asociación física, Mental y la disfuncionalidad familiar, podemos sugerir impartir medidas preventivas para el paciente y familia de manera integral , además estudiar la disfunción de la familia , apoyando la elaboración de duelos o perdidas , estrategias implantar para ayudar la asimilación de la vida o la muerte
- Planificar regularmente visitas domiciliarias a ancianos enfermos o no enfermos para observar la realidad de las familias sobre todo en ambos sectores investigados para partir de un contexto real en cuanto a su estado físico, mental,

espiritual y social para dar alternativas validas , además ayudar a familias a encontrara actividades que eleven la autoestima.

6 Se recomienda a la Medicina de familia

- Promover en los centros y unidades de investigación de las universidades, el desarrollo de líneas de investigación en área de medicina familiar, haciendo hincapié en aquellos que estén dirigidos hacia una real atención integral del anciano en su contexto familiar y comunal de cada zona, dando prioridad a la satisfacción de necesidades afectivas, económicas recreacionales y educativas, donde se generen propuestas y soluciones tendentes a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
- Fomentar la creación de una Red para intercambiar información, conocer y poder replicar experiencias exitosas y constituir un grupo de trabajo que facilite el conocimiento, intercambio e incremento de programas y servicios específicos y de más calidad, para las personas mayores de nuestro medio rural y urbano.
- El horizonte que se abre a la investigación de la calidad de vida y, particularmente, la contribución que puede hacer este estudio a la Medicina de Familia como a la Psicología de la Salud, consiste en profundizar en el conocimiento de las relaciones entre los diversos grupos de factores subjetivos que conducen al bienestar de poblaciones, grupos e individuos, explicar los procesos que llevan a los ancianos a su satisfacción moral,

bienestar y felicidad y conocer los mecanismos con los cuales afrontan, resisten e integran esos aspectos que, como la discapacidad física, el estado de ánimo deprimido, la polifarmacia o el dolor, están deteriorando su vida.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El trabajo investigativo tuvo varias limitaciones como:

- La dificultad de encontrar participantes mayores de 75 años en las dos zonas que probablemente aporten resultados diferentes, además el género que predomina es sexo femenino razón por lo que no se toma como real estos resultados para asociaciones, no incluyó un test para determinar los ingresos económicos estos pueden influir en la percepción calidad de vida o funcionalidad familiar y para determinar el apoyo social, además el tipo de seguro que poseen los adultos mayores son distintos en cada zona siendo a nivel urbano del IESS social / voluntario, mientras que en zona rural IESS campesino lo que nos puede orientar sesgo en la población.
- Por la dificultad de logística no se aplicó el instrumento SS-FIL a nivel familiar, lo ideal sería al jefe de núcleo o al que mantenga estrechos lazos de afectividad o consanguinidad con el adulto mayor esto nos permitirá mejorar la valoración de la dinámica relacional del grupo familiar, probablemente la realidad es diferente, no se encontró mucha bibliografía de este test, ni sensibilidad, especificidad, además fue realizado y validado en Cuba, solo dos estudios lo mencionan en México y Colombia.

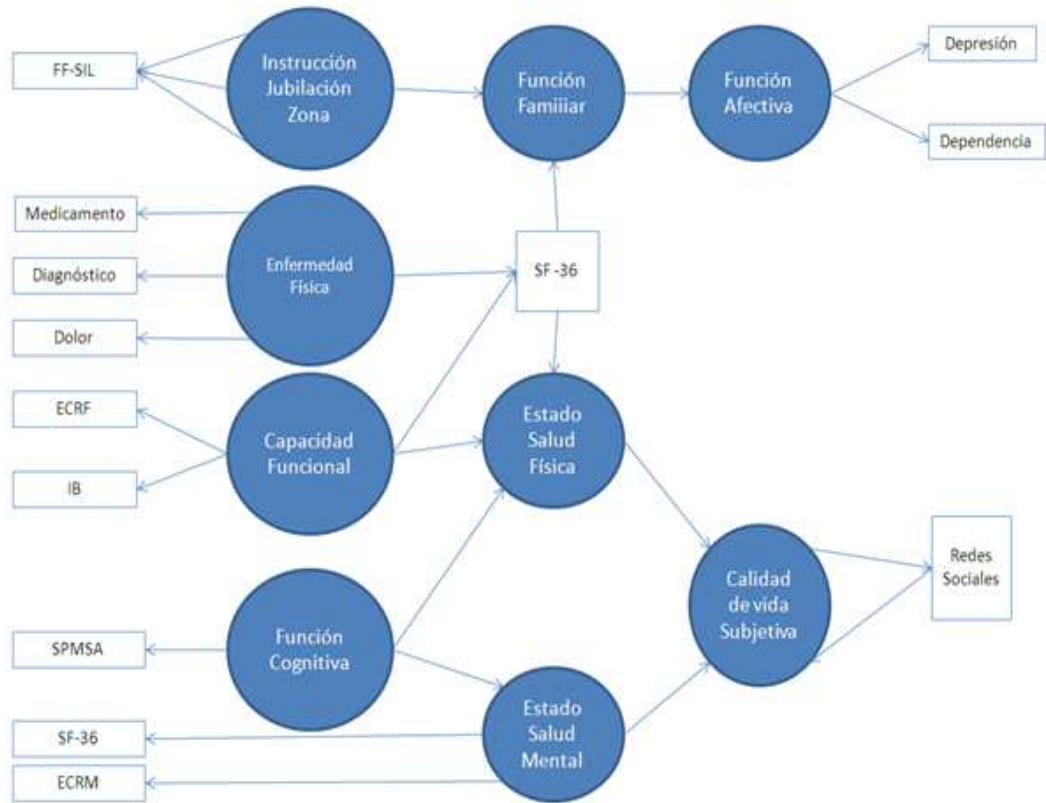
- Otra dificultad encontrada ha sido la duración de la entrevista, principalmente por la complejidad de alguno de los instrumentos utilizados, que hizo que se produjera cierto cansancio en los participantes y mayor dificultad de respuesta a ciertas preguntas contenidas en los cuestionarios, especialmente
- el SF-36. demostró comprensión de sus preguntas con mayor facilidad a nivel urbano que rural probablemente influye el nivel de instrucción (analfabetismo y primaria completa) de dicha zona, el inconveniente fue el tiempo que se empleo para aplicación fue en un promedio de 30 – 45 minutos, mientras que en la literatura describen un tiempo de 15 a 20 minutos por consultas persistente de los adultos mayores referentes a su salud y considerar la complejidad de para su e interpretacion .
- No se recomienda extrapolar los resultados a una población general como la provincia de Pichincha, no es una muestra representativa.

PROPUESTA PARA FUTURAS INVESTIGACIONES EN BASE A ESTE TRABAJO

Me permito sugerir la propuesta de la realización de un modelo de ecuaciones estructurales (The LISREL Development Team, 2000; Jöreskog y Sörbom, 2000) con variables latentes, para estudiar la relación entre los distintos parámetros estudiados. Dicho modelo se podría fundamentar en los datos anteriormente expuestos y en la revisión teórica realizada en la primera parte del estudio.

El objetivo de este modelo sería analizar el complejo problema de la relación de causalidad para conocer la direccionalidad entre la disfuncionalidad familiar, la calidad de vida percibida representado en estado de salud físico y mental. Es decir, determinar si el factor de pérdida de calidad de vida es la alteración de la función física o la disfuncionalidad afectiva, y determinar también la relación de direccionalidad entre estos dos factores, si es que la hay, o si ambas son variables independientes. En este caso, parece interesante recalcar que el estado mental es una consecuencia de la disfuncionalidad familiar y esta influye en el deterioro físico y mental.

Para ello, propongo relacionar con la calidad de vida subjetiva aquellas variables que se han mostrado más relevantes en los análisis de regresión realizados al efecto como las que se debería investigar para determinar el objetivo es decir, las que mejor explican el fenómeno.



En la figura un modelo de ecuaciones estructurales que consideramos puede ser de interés para conocer cuáles son estas relaciones.

Además de la propuesta anterior, como líneas futuras de investigación y ampliación de los datos de este trabajo, parece conveniente realizar un estudio longitudinal con una muestra mayor que incluya ancianos enfermos y con discapacidad, deprimidos y no deprimidos y sujetos sanos (Chan et al., 2006), en el que se evalúe periódicamente a una cohorte para conocer su evolución en diversos parámetros.

Algunos de los aspectos que se podrían estudiar son:

- Investigar variables pertinentes como el estado cognitivo, función física , enfermedades , remuneración económica,, medicamentos , con test .que se asemejen a la realidad nuestra con buena validez
- Variaciones en la situación funcional y mental de los participantes a lo largo del tiempo y su influencia en la calidad de vida, incluyendo en el estudio ancianos procedentes de los distintos recursos asistenciales gerontológicos y ancianos que viven en la comunidad y no utilizan ningún recurso.
- Comprobar si hay diferencias entre los pacientes atendidos en las unidades del ministerio y en centros de seguridad social, analizar las causas y la magnitud de las mismas, si es que existen.
- Profundizar en el estudio los aspectos psicosociales, redes de apoyo, estado cognitivo, enfermedades prevalentes, remuneración económica, medicamentos y la percepción de calidad de vida. Comprobar si se confirma este resultado en un estudio longitudinal, parece de gran interés.

Además se sugiere la creación o validación de un cuestionario de la calidad de vida del adulto mayor que se adapte a nuestro medio y realidad

18. ANEXOS

Anexo 1: RESULTADOS

Tabla1: Resultados de los datos demográficos con frecuencias y porcentajes

VARIABLES	CATEGORIA	URBANA		RURAL	
		N	%	N	%
SEXO	FEMENINO	38	31%	25	20,20%
	MASCULINO	30	24,20%	31	25,00%
EDAD	65 - 69	39	31,50%	42	33,90%
	70 - 74	16	12,90%	3	2,40%
	75 - 79	5	4,00%	7	5,60%
	80 - 85	6	4,80%	3	2,40%
	> 85	1	0,80%	2	1,60%
ESTADO CIVIL	CASADO	47	37,90%	31	25,00%
	DIVORCIADO	0	0,00%	1	0,80%
	SEPARADO	4	3,20%	1	0,80%
	SOLTERO	7	5,60%	2	1,60%
	UNION LIBRE	0	0,00%	8	6,50%
	VIUDO	10	8,10%	13	10,50%
CON QUIEN VIVE	CONYUGE	18	14,50%	29	23,40%
	CONYUGE E HIJO/S	27	21,80%	9	7,30%
	ESPOSA Y NIETO	1	0,80%	0	0,00%
	FAMILIAR CERCANO	5	4,00%	2	1,60%
	HIJO/S	12	9,70%	13	10,50%
	OTROS	1	0,80%	0	0,00%
	SOLO/A	4	3,20%	3	2,40%
ACTUALMENTE TRABAJA	AGRICULTURA	1	0,80%	18	14,50%
	EMPLEADO PRIVADO	18	14,50%	6	4,80%
	EMPLEADO PUBLICO	3	2,40%	6	4,80%
	NINGUNA	17	13,70%	7	5,60%
	OTROS	1	0,80%	1	0,80%
	QUE HACERES DOMESTICOS	29	23,40%	17	13,70%
INSTRUCCIÓN	NINGUNA	1	0,80%	6	4,80%
	PRIMARIA COMPLETA	34	27,40%	13	10,10%
	PRIMARIA INCOMPLETA	5	4,00%	20	16,50%
	SECUNDARIA COMPLETA	19	15,30%	4	3,20%
	SECUNDARIA INCOMPLETA	9	7,40%	0	0,00%
	SUPERIO COMPLETA	7	5,60%	1	1,10%
	SUPERIOR INCOMPLETA	1	0,80%	1	0,80%
JUBILADO	NO	18	14,90%	40	32,20%
	SI	49	39,70%	16	13,20%

DOMINIOS	MINIMOS		MÁXIMOS		MEDIA		CHI-CUADRADO	P
	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL		
SALUD GENERAL	0	0	90	80	42,94	34,61	6,76	0,01
FUNCIÓN FÍSICA	0	0	100	100	71,18	57,05	7,81	0,005
ROL FÍSICO	0	0	100	100	52,21	22,32	10,02	0,005
ROL EMOCIONAL	0	0	100	100	55,88	41,41	9,62	0,005
FUNCIÓN SOCIAL	0	0	100	100	57,83	52,59	2,46	0,1
DOLOR CORPORAL	0	0	100	90	46,65	35,31	5,76	0,025
VITALIDAD	0	0	100	84	51,10	41,47	8,33	0,005
SALUD MENTAL	8	0	100	100	56,07	47,25	7,49	0,005

FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

Tabla2. Distribución de Promedios y Desviación Estándar de los resultados obtenidos del cuestionario Calidad de Vida en el adulto mayor a 65 años en zonas urbanas y rurales de la provincia de Pichincha y el cantón Pedro Vicente Maldonado

DOMINIOS	MEDIA		VARIANZA		DESV. ESTANDAR		COEF. VARIACION		RR	p
	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL		
SALUD GENERAL	42,94	34,61	425,17	211,06	20,62	14,53	0,48	0,42	1,0138	0,01
FUNCIÓN FÍSICA	71,18	57,05	596,41	607,84	24,42	24,65	0,34	0,43	1,0926	0,005
ROL FÍSICO	52,21	22,32	2090,7	1555,3	45,72	39,44	0,88	1,77	1,0922	0,005
ROL EMOCIONAL	55,88	41,41	1975,2	1671,8	44,44	40,89	0,8	0,99	1,0796	0,005
FUNCIÓN SOCIAL	57,83	52,59	2407,3	2759,4	49,06	52,53	0,85	1	1,0278	0,1
DOLOR CORPORAL	46,65	35,31	715,4	365,2	26,75	19,11	0,57	0,54	1,0468	0,025
VITALIDAD	51,1	41,47	538	456,2	23,19	21,36	0,45	0,52	1,0680	0,005
SALUD MENTAL	56,07	47,25	599	532,3	24,48	23,07	0,44	0,49	1,0468	0,005

FUENTE: Trabajo de investigación Análisis de Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores a nivel Urbano y Rural

Se realiza el cruce de variables de los dominios del cuestionario de calidad de vida SF - 36 VS zona rural y urbana: son estadísticamente diferentes los dos grupos según RR, y

según cola de P son levemente significativos , a excepción del dominio función social donde no hay diferencia significativas de las dos zonas de acuerdo a sus valores estadísticos . Por categorizarse en los dos grupos con mala función de este dominio, posiblemente por la redes sociales del adulto mayor.

Anexo 2: ENCUESTA GENERAL

Datos demográficos

1.- Donde vive	Zona urbana Zona rural
2.- Edad	65-69 años 70-74 80-84 ➤ 85 años
3.- Lugar de residencia	Provincia Cantón parroquia
4.- Estado civil	Soltero unión libre Casado separado divorciado viudo
5.-jubilado	SI NO Tiempo.....
6. IESS	Campesino Social
7.-En que trabaja actualmente	Agricultura Privado Publico QQDD No trabaja
8. Con quien vive	Solo Únicamente con su cónyuge Con su cónyuge e hijo Solo con sus hijos Con un familiar cercano Con un amigo Con un conocido solo
9.- instrucción	Primaria completa Incompleta Secundaria completa Incompleta Superior completa incompleta

Anexo 3: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR SF-

36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
EXCELENTE	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1	2	3	4	5
Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Mas o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1	2	3
Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1	2	3
Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1	2	3
Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1	2	3
Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1	2	3
Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1	2	3
Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1	2	3
Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1	2	3
Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada

mucho	poco	nada
-------	------	------

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1	2	3
Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1	2	3
Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1	2
SI	NO

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1	2
SI	NO

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1	2
SI	NO

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1	2
SI	NO

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1	2
SI	NO

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1	2
SI	NO

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1	2
SI	NO

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1	2	3	4	5
NADA	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1	2	3	4	5	6
NO, NINGUN O	SI, MUY POC O	SI, UN POC O	SI MODERAD O	SI, MUCH O	SI, MUCH{ISIM O

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1	2	3	4	5
NADA	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1	2	3	4	5	6
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	SOLO ALGUNA VEZ	NUNCA

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1	2	3	4	5	6
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	SOLO ALGUNA VEZ	NUNCA

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1	2	3	4	5	6
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	SOLO ALGUNA VEZ	NUNCA

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1	2	3	4	5	6
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	SOLO ALGUNA VEZ	NUNCA

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1	2	3	4	5	6
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	SOLO ALGUNA VEZ	NUNCA

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1	2	3	4	5	6
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	SOLO ALGUNA VEZ	NUNCA

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1	2	3	4	5	6
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	SOLO ALGUNA VEZ	NUNCA

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1	2	3	4	5
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	SOLO ALGUNA VEZ	NUNCA

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1	2	3	4
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	SOLO ALGUNA VEZ	NUNCA

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1	2	3	4	5
TOTALMENTE CIERTA	BASTANTE CIERTA	NO LO SÉ	BASTANTE FALSA	TOTALMENTE FALSA

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1	2	3	4	5
TOTALMENTE CIERTA	BASTANTE CIERTA	NO LO SÉ	BASTANTE FALSA	TOTALMENTE FALSA

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1	2	3	4	5
TOTALMENTE CIERTA	BASTANTE CIERTA	NO LO SÉ	BASTANTE FALSA	TOTALMENTE FALSA

36. Mi salud es excelente.

1	2	3	4	5
TOTALMENTE CIERTA	BASTANTE CIERTA	NO LO SÉ	BASTANTE FALSA	TOTALMENTE FALSA

Anexo 4: CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FF-SIL

Consigna: a continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una X su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Anexo 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación de

Tipo de Procedimiento a realizar:

Consiste en un estudio que se denomina “Auto percepción de la calidad de vida del adulto mayor en área rural y urbana en la provincia de Pichincha (UAA-Ecuatoriana IESS–hospital PVM) y su relación con la funcionalidad familiar periodo Marzo a Abril 2011

Participan adultos mayores (65 años) a través de un cuestionario de preguntas con múltiples respuestas, esto servirá para conocer, describir, analizar y comparar la manera de concebir la calidad de vida del adulto mayor tanto en área urbana y rural como las diferencias/o similitudes de la auto percepción en hombres y mujeres y la funcionalidad de la familia que influyen y a su vez nos orientara para crear programas de acción estables y permanentes, para luchar contra el envejecimiento estéril, lograr la autoestima personal, conseguir el protagonismo de los mayores y hacerlos sentirse parte activa y responsable de su comunidad en su contexto urbano y rural además involucrar a la familia como parte activa de este proceso .

Este estudio no tiene ningún riesgo. El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

Acepto:..... No acepto.....

Fecha:.....

Firma del paciente: _____ Firma del Informante

CI:.....

BIBLIOGRAFÍA

- Acreditación, O. D. E. E. Y. (2010). No Title, 1-18.
- Almanza, L. M., Jiménez, J. M., Manso, E. C., & Baly, M. (n.d.). Artículo Las personas de edad en Cuba . Principales tendencias. *Media*, 12(2), 77-90.
- Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Angermeyer, M., Bernert, S. et al. (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11 (2), 55–67.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L. Rodríguez, C. y Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111, 410-416.
- Azpiazu Garrido, M., Cruz Jentoft, a, Villagrasa Ferrer, J., Abanades Herranz, J., García Marín, N., & Álvarez de Mon Rego, C. (2003). Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Atención Primaria*, 31(5), 285-292. doi: 10.1157/13045701.
- Bourdieu, P. La distinción criterios y bases sociales del gusto. España: Taurus; 2000.

- Buil, P., & Espino, J. D. (1999). Anciano y familia . Una relación en evolución
The elderly and the family . An evolving relationship, 22.
- Borg, C., Hallberg, I.R. y Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (5), 607-618.
- Bowling, A. (1994). La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Barcelona: Masson (original 1991).
- Bradburne, N.M. (1969). The structure of psychological well-being. Chicago:Aldine.
- Bravo, G. (1998). Fisiopatología del envejecimiento: envejecimiento fisiológico y patológico. En P. Durante y P. Pedro, *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica* (pp. 51-58). Barcelona: Masson.
- Brazier, J.E., Harper, R. y Jones, N.B.M. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: a new outcome measure questionnaire: a new outcome measure for primary care. *British Medical Journal*, 305, 160-164.
- Cambios, A. (n.d.). Algunos Cambios asociados al Envejecimiento.
- Céspedes A. Influencia de los factores socioeconómicos en la pérdida de autonomía de los adultos mayores costarricenses entre los 65 y 80 años. Programa de Investigación sobre el Envejecimiento. San José de Costa Rica: s.e.; 1987.
- Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. Envejecer nos “toca” a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de

salud de la población adulta mayor. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública; 2002.

- Concepts, C., & Quality-of-life, A. O. F. (1996). Review articles. *Current*, 334(13), 835-840.
- Cohen G. Si eres igualitarista, ¿cómo es que eres tan rico?, Barcelona, Paidós; 2001
- Durán L, Salinas Escudero G, Gallegos Carrillo K. Medición de la Calidad de Vida en el adulto mayor en dos Estados de México, [Artículo de Internet]. www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/D31038DC-14C0-
- Envejecimiento, P. D. E. L. (2007). *Psicología del envejecimiento*, 1-12.
- Fathalla, M. F. (n.d.). de investigación en salud de investigación. *World Health*, (620).
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 16(1), 51-74. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7701092>.
- Fernández-Ballesteros, R. (2010). Quality of Life in Old Age: Problematic Issues. *Applied Research in Quality of Life*, 6(1), 21-40. doi: 10.1007/s11482-010-9110-x.
- Fernández-ballesteros, R. (n.d.). La psicología de la vejez. *Optimization*, 1-11.
- Fernández-Ballesteros R, Zamarrón M, Macía A. Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos. Madrid, España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional deServicios Sociales (Inserso); 1997

- Friedemann ML. The Framework of Systemic Organization: A Conceptual Approach to families and nursing. Thousand Oaks: Sage Publications; 1995.
- Fujisawa M. Comparative study of quality of life in the elderly between in Kahoku and Yaku. Kochi Medical School Journal 2004 Oct;10(1): 790-799.
- García G, Landeros E, Arriola G, Pérez AM. Funcionalidad familiar y capacidades de los adultos mayores en una comunidad rural. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social 2007; 15 (1): 21-26..
- Gómez JF, Curcio CL. Valoración Integral de la Salud del Anciano. Manizales: Tizan; 2002. 104- 393.
- González, C. R. (n.d.). and quality of life, (26).
- Grand A, Gorsclaude P, Bocquet H. Disability, psychosocial factors and mortality among the elderly in rural French population. J Clin Epidemiol 1990;43(8):773-82.
- Grimley, J. (1992). Quality of life assessment and elderly people. En A. Hopkins, Measures of the quality of life and the uses to which such measures may be put (pp. 107-120). London: Royal College of Physicians of London.
- Herdman, M. J. (2005). Reflexiones sobre la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en España. Gaceta Sanitaria, 19(2), 91-92. doi: 10.1016/S0213-9111(05)71335-2.
- HIST, U. N. R., DEL, R., SALUD, C. D. E., VIDA, C. D. E., OMS, D. E. L. O. S. D. D. E. L. A., ANALYSIS, H., ET AL. (2009). del concepto de salud y

calidad de vida a través a historical analysis of the concept of health and quality of life through the documents of the oms I ntroducción, 6, 1-10.

- Kwws, O. X., Whuud, W., Shuvrqdo, H. V., Vt, H., Pdqlhghq, F., Fxowxud, X. Q. D., et al. (n.d.). /d)dplold gho \$qfldqr.
- Leher, S. P., Denz, H., Isabel, J., Rueda, Á., Castañeda, J. A., Van-eps, G., et al. (n.d.). HEALTH IN BOGOTA With the collaboration of : Literary editor. Clean Air.
- López M. Percepción de la funcionalidad familiar en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. [Tesis de Maestría no publicada]. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México; 2005. pp. 37-41.
- Mainous AG, Kohrs FP. A comparison of health status between rural and urban adults. J Community Health 1995;20(5):423-31.
- Marín, J. M. (2003). J.M. Marín, 3(1), 28-33.
- Mayores, S. P. (2004). Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional.
- Moral, J. C. M. (1999). Psicogeriatría Percepción de relaciones sociales en la tercera edad, 15(1), 18-22.
- Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. Journal of personality and social psychology, 75(5), 1333-49. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9866191>.
- Mundial, E. A. (2001). Campaña de la OMS por un envejecimiento activo.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1958). Constitution of the World Health Organization. Annex 1. Ginebra: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1980). Clasificación internacional de deficiencias, discapacidad y minusvalías. Ginebra: World Health Organization.
- Ortega A, Fernández V, Osorio P. Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. Revista Cubana Medicina General Integral 2003; 19 (4): 1-6
- Org, S. G., Transmisibles, E. N., Envejecimiento, S., Este, C. V., Vital, C., Mundial, S. A., et al. (2002). Envejecimiento activo: un marco político*, 37, 74-105.
- Palomino, Y. A., Bustamante, M. S., & Instrumen-, Q. L. (2006). CADEC Instrumentos de Atención a la Familia : El Familiograma y el APGAR familiar. Director, 1(1), 48 - 57.
- Quality, I., & Information, L. (n.d.). Incorporating Quality of Life Information in Decision-Making: An International Perspective 1. American Review Of Respiratory Disease.
- Ryals, K., & Lancaster, J. (n.d.). Cambios psicosociales.
- Vida, C. D. E., Personas, E. N., Años, M. D. E., Garrido, M. A., Jentoft, A. C., Ramón, J., et al. (2002). ORIGINAL FACTORES ASOCIADOS A MAL ESTADO DE SALUD PERCIBIDO O A MALA Factors Related to Perceived Poor Health Condition or Poor Quality of Life among those over Age 65 algo

excepcional , sin embargo aún hoy mu- dad de vida , pero también es un constructo , 683-699.

- The ESEMeDMHEDEA 2000 Investigators, (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (420), 21–27.
- The LISREL Development Team, (2000). *Lisrel 8.5*. Chicago: Scientific Software International.
- Villalobos D. Problemas de salud que enfrenta la población de la tercera edad en la ciudad de Heredia. Citado por Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Rev MH Salud* 2004;1(1):2-11.
- Walter, A. (2004). Calidad de vida de las persona mayores. Análisis comparativo europeo. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39 (3), 8-17.
- Wang, C.W., Iwaya, T., Kumano, H, Suzukamo, Y., Tobimatsu, Y. y Fukudo, S. (2002). Relationship of Health Status and Social Support to the Life Satisfaction of Older Adults. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 198 (3), 141-149.
- Ware, J.E. (1984). Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer*, 53, 2316-2323.

- Ware, J.E. (1987). Standards for validating health measures: definition and content. *Journal of Chronic Disease*, 40, 473-480.
- Ware, J.E. y Sherbourne, C.D. (1992) The MOS 36-Item Short-form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Ware, J.E., Gandek, B. y The IQOLA Project Group (1994). The SF-36 Health Survey: development and use in mental health, research and the IQOLA project. *International Journal of Mental Health*, 23, 49-73.
- Yassin Z, Ferry RD. Health characteristics in rural elderly Malay females in selected villages in Megeri Sembilan. *Med J Malaya* 2000;45(4):310-8.
- Zavala G, Vidal G, Castro S, Quiroga P, Klassen P. Funcionamiento social del adulto mayor. *Revista Ciencia y Enfermería* 2003; XII (2): 53-62.
- Zavala-rodr, R., Garc, G., & Rodr, C. P. (n.d.). Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Victoria*, 9, 257-270.
- Zúñiga, M.A., Genny, T., Carrillo, M.D., Fos, P.J., Gandek, B. y Medina-Moreno, M.R. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 41 (2), 110- 118.